FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1006

ANNÉE 1967

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Patrice BAIL

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 19 mars 1934, à Paris 3e

Présentée et soutenue publiquement le 18 *décembre* 1967

LES MOMENTS PSYCHOTIQUES DE L'EXISTENCE HYSTERIQUE

(Contribution à l'étude psychopathologique du cadre des bouffées délirantes)

Président : M. PICHOT, Professeur

PARIS — 1967

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	MM.
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Lariboisière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIV. LEIDEN BIBL.

A MES PARENTS

En témoignage de toute ma tendresse.

A TOUTE MA FAMILLE

A Michèle.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PICHOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOLLIN

Médecin-Chef du Centre Psychiatrique Sainte-Anne

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude pour un irremplaçable enseignement clinique que ce travail traduit bien mal.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORCH'ER

Médecin-Chef de l'Hôpital Henri-Rousselle

qui accueillit autrefois un jeune externe.

A MADAME LE DOCTEUR BONNAFOUS-SERIEUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVALLET

Médecins-Chefs de l'Hôpital Psychiatrique d'Evreux

qui me firent aimer cette discipline.

A MES MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWEICH

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERON

MONSIEUR LE DOCTEUR BORENSTEIN

Médecins-Chefs de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif.

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOT

Médecin-Chef de l'Infirmerie Psychiatrique.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAZARS

Neuro-Chirurgien des Hôpitaux à l'Hôpital Ste Anne.

MONSIEUR LE DOCTEUR SIGWALD

Médecin-Chef de Service de l'Hôpital Paul-Brousse.

En témoignage de ma reconnaissance et de mon admiration pour leur enseignement et leur exemple qui donnèrent à mon Internat sa pleine dimension.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le titre de ce travail, joignant en effet psychose et hystérie, pourrait aussi s'intituler plus schématiquement "Des psychoses hystériques".

Vieille notion certes, et curieusement entachée d'oubli, car la confrontation clinique quotidienne permet difficilement d'y échapper. N'en serait-ce pour témoignage qu'elle nous place au coeur même de questions encore brûlantes de la Psychiatrie.

Elle nous renvoie ainsi d'une part à la notion d'Hystérie dont les mouvements historiques d'expansion et de rétraction témoignent de sa conceptualisation difficile. Elle nous place d'autre part dans le cadre des discussions encore actuelles sur le diagnostic des Psychoses : aiguës ou chroniques, discordantes ou non. Corollairement, elle nous situe enfin au centre du problème des relations entre hystérie et schizophrénie à travers les aléas de la notion de bouffées délirantes.

La Psychose Hystérique, après avoir connu une période classique où elle fut reconnue et identifiée comme telle (folie hystérique), sombra ensuite en se dissolvant dans les problèmes soulevés par la nosographie.

Plusieurs ordres de faits semblent devoir expliquer cette éclipse :

- Après avoir été la Névrose, à son apogée sous Charcot, elle se réduisit dans l'esprit des cliniciens après les travaux de Bernheim, qui déclara en 1907, que "l'hystérie, entité morbide, n'existe pas ..." et l'atomisa ensuite en

psychonévroses diverses, et de Babinski (1906) où elle se vit restreindre à la suggestion et devint pithiatisme. Boisseau, enfin, la nia en la réduisant à la simulation.

- La notion des psychoses aiguës eut aussi des avatars.

En langue française, l'idée féconde de "Bouffées délirantes polymorphes" (Magnan) rendit caduque toute étude différentielle de structure par la conception trop extensive de dégénérescence, fut-elle supérieure.

En langue allemande, la nosologie de Kraepelin puis les concepts de Bleuler, réduisirent la folie hystérique à une marginalité de plus en plus grande jusqu'à l'absorber complètement. On en retrouve simplement la trace dans les notions de "réactions psychotiques somatogènes ou exogènes" (Kleist).

- Les études psychanalytiques, redéfinissant mieux l'hystérie, permirent de la circonscrire en une entité spécifique, mais en se "génitalisant" abusivement dans l'esprit de beaucoup, et malgré Freud, celle-ci tendra à n'être comprise que comme névrose, au sens actuel du mot (Parcheminey).

Parler de "psychose hystérique" paraîtra ainsi, sinon antinomique, tout au moins paradoxal.

Néanmoins la présence clinique d'états psychotiques et hystériques demeurait, bien décrite par Janet en particulier, et il s'imposa à Claude la nécessité d'une tierce définition, la schizose, ou, sous l'égide de la dissociation, se résolva en apparence le problème.

La question persistait néanmoins et la notion de psychose hystérique réapparait comme une évidence et une nécessité clinique. Ainsi, S. FOLLIN écrit " .. L'expérience clinique, loin de nous obliger au dilemne hystérie ou psychose

(schizophrénie) .. nous pose la question de la reconnaissance d'états psychotiques hystériques, qu'il est difficile de décrire autrement, -au moins au niveau des phénomènes mêmes- que comme psychotiques et hystériques ...".

Cette renaissance résulte de la conjonction de plusieurs remises en question :

- La nécessité de reclassifier la notion de schizophrénie dont les troubles sont maintenant structuralement et phénoménologiquement mieux définis.

L'étude de ses formes incipiens et marginales dans le désir de percevoir l'évolutivité sous la symptomatologie.

- Corollairement, la reconsidération du vaste cadre statique des bouffées délirantes dans une perspective plus étio-pathogénique, en une double approche du terrain et de la trajectoire de personnalité dans le sens plus dynamique du processus fondamental.

Dans ce cadre des bouffées délirantes, une part non négligeable de cas, survenant sur un terrain hystérique, s'en isolent par leur homogénéité structurale et évolutive et ne peuvent cliniquement que se rattacher au concept ancien de "folie hystérique".

Il ne s'agit pas là de collectionnisme nosographique mais de percevoir en terme de processus ce moment privilégié que représentent ces psychoses aiguës ; conjoncture où s'articulent dialectiquement la problématique de la structure hystérique et les altérations psychotiques du Moi dans la destructuration de conscience.

Nous envisagerons successivement l'historique des "folies hystériques" en terminant brièvement par une étude des problèmes que les relations entre hystérie et psychose posèrent en leur temps.

En seconde partie, nous rapporterons et ferons l'analyse des 13 observations parmi la trentaine d'entre les cas admis dans le Service du Docteur FOLLIN à Ste-Anne entre 1961 et 1967 et qui ont servi de base à ce travail.

Nous présenterons un résumé de l'étude psychométrique de 20 cas, laissant d'ailleurs les conclusions ouvertes.

Nous tenterons enfin de dégager synthétiquement ce qui structuralement et cliniquement donne à cette notion de "psychose hystérique" une identité incontestable.

-:-:-:-:-

H I S T O R I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

La notion de folie hystérique plonge ses racines dans les premiers développements historiques de la psychiatrie elle-même.

Il suffit de se référer aux histoires de possession épidémiques dont les auteurs du Moyen-Age, tout en méconnaissant leur nature, nous ont laissé d'excellentes descriptions cliniques.

Les auteurs de l'époque classique ont ainsi pittoresquement relaté des épidémies nerveuses dont la plus célèbre est celle du couvent des Ursulines de Loudun. L'analyse rétrospective y retrouve les caractères aujourd'hui bien connus de la classique attaque d'hystérie à ce qu'il faut bien appeler du "délire hystérique".

Cette notion devait s'imposer progressivement et Mairet-Salager (1910) en fit la mise au point; Morel fut semble-t-il le premier à isoler et décrire parfaitement la "folie hystérique".

Certes, auparavant, de nombreux auteurs avant lui avaient fait de nombreuses recherches sur l'hystérie, entre autres Brache, Briquet, Landouzy, lesquels avaient parfaitement connu et décrit le "délire hystérique".

Esquirol (1838) n'indique nulle part un genre de folie pouvant dépendre de l'hystérie. Il considère simplement cette névrose comme susceptible de dégénérer en aliénation mentale dont elle ne serait que le premier degré.

Morel (1852) dont les travaux prennent une orientation plus étiopathogénique, devait tout naturellement rencontrer sur son chemin l'hystérie. Il l'étudie dans ses rapports avec

la folie et de cette étude résulte pour lui la conviction que cette névrose peut donner naissance à l'aliénation mentale, qu'il existe une folie de nature hystérique ou plus brièvement une "folie hystérique".

"Je ne connais pas en pathologie un ordre de cause qui nous représente mieux que les névroses en question (hystérie, épilepsie, hypocondrie), la génération et la dépendance réciproque des phénomènes pathologiques. Or, nous savons que de cette génération et cette dépendance surgit le phénomène d'aliénation avec sa forme particulière; aussi n'hésiterons-nous pas à faire une variété des folies hystériques, épileptiques, hypocondriaques, dont les caractères sont si franchement accusés".

Une semblable affirmation faisait espérer que venait de se dégager dans l'étude consacrée par Morel à la folie hystérique, une aliénation mentale à caractère et allure tranchés permettant une facile reconnaissance. Or Morel, se contente de rapporter quelques observations variées qu'il regroupe en étude synthétique.

Néanmoins, il affirme encore : "Il peut paraître bien étrange que ce terme de folie épileptique, appliqué à l'état mental de quelques malades qui souffrent de cette affection et que celui de folie hypochondriaque, lequel désigne les transformations incroyables de cette névrose, n'ait pas consacré de manière universelle le terme de folie hystérique, éminemment propre à préciser un état mental qui puise dans l'hystérie ses traits essentiels".

Si Morel ne peut clairement isoler l'existence d'une folie hystérique, cette notion fut cependant généralement admise et divers auteurs en reprirent l'étude. Nous ne pouvons les citer tous, nous contentant de rappeler les écrits de quelques uns afin de suivre la filiation des idées.

Moreau (de Tours) étudia la folie hystérique sous le nom de folie névropathique (1869). Pour lui, des différences profondes, radicales, séparent cette affection des autres genres d'aliénation mentale. Systématisant sa folie névropathique en diverses catégories, il en isola une qui représente à ses yeux la folie hystérique typique :

"Dans des cas de cet ordre, l'affection primitive, c'est-à-dire l'hystérie, est complètement transformée, les troubles psychiques sont seuls restés en vue; ceux de la motilité ayant depuis plus ou moins de temps totalement disparu de la scène pathologique. L'homme de l'art, s'il est appelé à cette époque, après que se soit accompli la transformation de l'état nerveux, n'a devant lui qu'un aliéné ordinaire, s'il s'en tient aux apparences symptomatiques et s'il ne sait, sous ces apparences, discerner la cause névrosique aujourd'hui disparue ou passée à l'état latent".

Moreau (de Tours) en spécifia les caractères qui groupent :

- une conscience très nette du fait morbide.
- une analogie de ces délires avec le délire artificiel (idées fixes, hallucinations, pseudomonomanies, etc...).
- une analogie avec les états somnolambuliques.
- des idées ou impulsions diverses apparaissent brusquement, de façon intermittente (impulsion au suicide, à frapper, à proférer des injures, des obscénités).
- L'entrée brutale dans la maladie, ou du moins dans le délire.
- L'intermittence dans la marche de la folie avec cessation rapide ou instantanée des accidents.

Néanmoins, pour Moreau, pas plus que pour Morel, la folie hystérique n'affecte une forme spéciale. Elle peut revêtir le masque d'une folie quelconque, dont elle se distingue seulement par quelques caractères.

L'extension donnée à la folie hystérique par ces auteurs faisait de ce genre de maladie, suivant l'expression de Falret, "synonyme de la folie étudiée chez la femme en général". Elle lui enlevait de ce fait toute spécificité. Aussi, les auteurs qui suivirent, tentèrent-ils de la limiter.

Falret (1864) la ramène à deux types principaux qu'il désigne sous le nom de "manie hystérique" et "folie raisonnante hystérique".

La manie est la forme extrême du caractère et de l'habitus de la névrose.

La folie raisonnante hystérique est décrite ainsi : "Les malades atteintes de l'état mental que nous désignons sous le nom de folie raisonnante hystérique présentent dans leur moral, leur intelligence et leur conduite la plupart des traits que nous venons d'assigner au caractère habituel des femmes hystériques. Seulement, ces signes ont atteint de telles proportions et sont tellement accusés, les sentiments ont revêtu un caractère si évidemment maladif, les idées sont devenues si absurdes, les actes si violents et déraisonnables, que tous les symptômes ne peuvent plus être considérés comme compatibles avec la raison et constituent dès lors par leur réunion et leur intensité, une véritable aliénation mentale...".

Schule (1883) élargit de nouveau le cadre de la folie hystérique. Pour lui, cette maladie peut revêtir systématiquement une forme clinique quelconque ou passer par plusieurs formes successives, formes qu'il décrit en les systématisant abusivement.

Néanmoins, en cette fin du 19ème siècle, la plupart des auteurs reconnaissent son existence et son identité.

Charcot (1889) décrit trois groupes de manifestations hystériques : les accidents permanents (stigmates), les accidents pseudoorganiques et les accès psychotiques de folie transitoire.

Pitres (1891) isole un délire indépendant des attaques. Ce sont les délires somnanbuliques, d'extase, prophétiques, d'auto et hétéro-accusation, mystiques, érotiques, et trois formes principales : les attaques de manies hystériques, de délire hallucinatoire, de délire ecmnésique où est altérée la conscience de l'état présent et du temps écoulé.

Kraft Ebing (1897) admet la psychose hystérique et décrit trois formes :

- un état d'aliénation transitoire pouvant durer des heures ou des jours; ces états peuvent apparaître comme conséquence immédiate des "accès convulsifs".

- un délire hystérique prolongé dû à des hallucinations et qu'on pourrait appeler folie hystérique hallucinatoire.

- Des psychoses hystériques qui se subdivisent en deux groupes : soit elles se produisent sur la base d'une simple névrose, soit elles ne sont que des formes de transition avec les autres formes de dégénérescence. Il décrit ainsi, dans le premier groupe, des psychonévroses qui ont un pronostic assez favorable et qui ne se distinguent des cas analogues (non hystériques) par leur durée plus courte, par l'immixion et l'utilisation allégorique des symptômes de la névrose hystérique. Les idées délirantes en sont soit d'ordre démonomaniaque, soit de nature religieuse et érotique.

Breuer-Freud (1895) dans leur travail fondamental la signalent également. Breuer écrit :
"C'est dans l'accès hystérique et dans l'état qualifié d'hystérie aiguë et qui, semble-t-il, joue dans la formation de la

grande hystérie un rôle si important, que l'hypnoïdie apparaît en plus évidente.

Il s'agit d'états de longue durée nettement psychotiques, persistants. Même quand le trouble n'est pas encore accentué, cet état comporte des phénomènes hystériques dont quelques uns persistent. En ces cas, une partie du contenu psychique consiste en représentations rejetées, à l'état de veille, et refoulées hors du conscient (délire hystérique des saints, des nonnes, etc). Ces états sont, en bien des cas, psychotiques et dans le cours ultérieur de l'hystérie, ces sortes de psychoses se répètent, tout en ne constituant rien d'autre que le stade psychotique de l'accès ..."
et Freud confirme : "Quand on a affaire à une hystérie aiguë, à un cas où les symptômes hystériques sont en pleine effervescence et où par conséquent le Moi se trouve submergé par les productions morbides (psychose hystérique), la méthode cathartique ne pourra que faiblement modifier le cours de la maladie".

Son existence en règle acceptée suscitait néanmoins des discussions.

G. Ballet au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de 1894 posa le problème sans trancher. Régis répondit :"Les hystériques sont susceptibles d'être atteintes d'une folie véritable, peut-être moins fréquemment qu'on ne le pense, et cette folie peut revêtir chez elles, par suite du terrain sur lequel elle se greffe, certains caractères spéciaux dont les principaux sont peut-être la persistance de la conscience et de la lucidité et le retour brusquement possible à l'état normal".

Ainsi dûment reconnue sur le plan clinique et étiologique, la notion de psychose hystérique se dilua dans l'esprit de la psychiatrie française, à la suite de Magnan (1895), non pas tant à cause du concept de bouffées délirantes,

appréhension clinique féconde et irremplaçable, que du système étiopathogénique de dégénérescence.

Certaines descriptions de folies des dégénérés ressemblent dans nombre de ses manifestations à la psychose hystérique, mais son existence est compromise et même niée : "La folie hystérique n'est autre qu'une folie des dégénérés évoluant chez une hystérique et empruntant à la névrose hystérique certains de ses symptômes".

C'est la manière de voir de la Salpétrière, et Colin achève la démonstration : "ce que nos malades présentent en plus ce sera l'hystérie nettement constatée, manifestant sa présence par des stigmates physiques et des phénomènes psychologiques bien à elle, mais n'intervenant en rien dans leurs manifestations délirantes ... Lorsque les hystériques deviennent aliénés, il s'agit d'une combinaison hystérie plus dégénérescence mentale".

Enfin Ganser en 1898 décrit son fameux syndrome regroupant :

- réponses approximatives ou à côté.
- réponses absurdes.

Le tout donné avec sérieux et application, alternant avec des réponses adéquates, en un épisode de courte durée de quelques jours à quelques semaines.

Pour Ganser, ce syndrome se rattachait aux états crépusculaires hystériques dont il y retrouvait associées les caractéristiques :

- troubles passagers de la conscience.
- dissolution de mémoire pouvant aller jusqu'à la désorientation et la perte de l'identité.
- les symptômes déficitaires sensitivo-sensoriels, l'anxiété, les hallucinations visuelles.

Ce syndrome fut ultérieurement rattaché à la schizophrénie et confondu avec le négativisme dans la mesure où le concept de psychoses hystériques était oublié ou méconnu.

°
° °

La présence clinique indubitable d'états psychotiques chez des hystériques ne pouvait néanmoins se laisser scotomiser entièrement et plusieurs auteurs continuèrent de s'y intéresser.

Claude en 1907 écrit crûment : "on n'en a pas fini avec la folie hystérique". Il pense qu'il s'agit le plus souvent d'erreur de diagnostic avec la démence précoce, les périodiques et les déséquilibrés, mais reconnaît l'existence d'hallucinations hystériques indéniables.

Pour lui, l'hallucination hystérique comporte trois points : elle existe, elle est logique, elle est transformable en hallucinations vraies.

Et il écrit :

"La dépersonnalisation n'est pas assez parfaite pour que l'automatisme soit aussi absolu. L'hallucination paraît quelques instants revêtir le même aspect que chez le délirant mais le Moi qui veille empêchera le sujet d'arriver à accepter de façon continue la fausse perception sensorielle avec toutes ses conséquences. L'hallucination, si elle est possible, aura bien les caractères de l'hystérie : variabilité, caractère paradoxal. Elle pourra, dans une certaine mesure, être rappelée par suggestion, guérie par persuasion".

Mairet-Salager en 1910 fait le point exhaustif de la question. Il décrit ainsi :

a) Le délire lié aux attaques convulsives.
b) Le délire équivalentaire où le délire s'émancipe des attaques.
c) Le délire hystérique prolongé.

Il en sépare les délires hystérovesaniques et les symptômes hystériques émaillant les aliénations mentales diverses.

Janet (1911) a toujours admis et décrit des manifestations délirantes chez les hystériques :

"Les hystériques sont raisonnables dans leur état éveillé et aliénés dans leur état hypnoïde".

Il s'interroge néanmoins de savoir si le délire accidentel est consécutif à une autre maladie mentale ou s'il tient des développements de la maladie hystérique en elle-même.

a) Par exagération de l'aboulie, fort proche de la confusion mentale.
b) par exagération de l'automatisme, c'est-à-dire pour lui, par exagération du rêve, forme à symptomatologie maniacoïde.
c) par exagération des idées fixes, c'est le délire qui persiste avec idées de persécution épisodique mais sans cohésion ni cohérence.

En langue allemande, après Kraft-Ebing, la notion de folie hystérique subit le même sort de dilution ou de scotomisation. Citons trois étapes importantes :

- Les psychoses dégénératrices de Birnbaum (1908).
- Les intuitions délirantes primaires de Jaspers (1913).
- Les états de conscience oniroïde de Mayer-Gross (1923).

Ce dernier auteur reconnait "que l'on doit discuter les relations entre état oniroïde et tendances hystériques, mais sans pouvoir s'arrêter à une opinion très ferme".

o

o o

Les difficultés que rencontra la psychose hystérique à s'émanciper, l'hystérie étant alors considérée comme entité circonscrite, se sont trouvées aggravées lors des discussions concernant les rapports et les limites entre hystérie et psychos

La démence précoce de Kraepelin, commençant dans le jeune âge et évoluant inéluctablement vers la démence, devint dans la conception de Bleuler une psychose fonctionnelle comprise dans une triple négation des idées kraepeliniennes.

La grande hystérie de Charcot évolua de sa négation à sa reconsidération psychopathologique par Freud.

Les rapports entre ces deux entités reflètent ces avatars historiques.Ils furent d'abord étudiés dans la clinique et se tissèrent dans la confusion ou l'analogie symptomatique : les états crépusculaires ou seconds, l'anorexie mentale, le syndrome psychomoteur (Kalbaum). Les rapports structuraux trouvèrent ensuite leur apogée avec Claude en 1937.

Celui-ci, rappelant la définition de Janet : "l'hystérie est la tendance à la dissolution et à l'émancipation de système d'idées et de fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité", chercha un rapprochement à travers Bleuler de l'hystérie et de la schizophrénie et se demanda si : "sous l'influence de charges affectives renforcées par certaines conditions endocrino-sympathiques, des perturbations fonctionnelles ne puissent aboutir à créer passagèrement une symptomatologie assez déconcertante. Celle-ci traduit la dérégulation de processus moteurs, sensitifs, psychomoteurs, ou même psychiques,aboutissant au tableau de la dissociation, de la fragmentation de personnalité.

"Or cette capacité de mettre en jeu les possibilités fonctionnelles de certains systèmes, apparaît à des degrés variables et surtout de façon inégale dans le temps, aussi bien chez l'hystérique que chez le schizoïde et a surtout un caractère définitif chez le schizophrène avéré".

"Ces deux catégories de malades (hystériques et schizoïdes) offrent donc identiquement les manifestations de dissociation psychique ou psychomotrices qui sont reliées par des traits communs de sorte qu'on pourrait constituer un groupe des affections relevant du même processus pathogénique qui constituerait le groupe de ce que j'ai appelé des "Schizozes", groupe intermédiaire entre les névroses et les psychoses.
Ici toutefois intervient en premier plan la notion de temps car la différence capitale qui apparaît dans ce groupe des schizozes c'est la profondeur et la gravité des processus dissociatifs. Dans les états schizophréniques ou schizoïdes, la dissociation est durable, souvent permanente et définitive. Dans le groupe des affections dites hystériques, la dissociation est essentiellement superficielle et transitoire".

Soulignant les possibilités de transformation, voire d'oscillation d'un pôle à l'autre, il pose le problème de savoir si :
"cette esquisse que nous retraçons, avec toutes les réserves opportunes, de l'évolution des manifestations psychopathiques hystériques classées autrefois comme folies hystériques et qui réapparaissent maintenant dans les certificats sur la dénomination de schizophrénie, ne peut être acceptée que comme un effort vers des recherches nouvelles".

Ce rapport de Claude a soulevé de nombreuses discussions actuellement à peu près résolues :

Minkowski reconnaît que la phase initiale de la schizophrénie peut être caractérisée par des symptômes d'allure hystérique.
Il se demande néanmoins si cette dissociation est non pas une différence de degré mais une différence de nature.

"La dissociation semble suivre des tracés différents et avoir des caractères particuliers dans chaque cas.

Dans l'un, il s'agit d'une déformation de l'ambiance conditionnée par le psychisme du schizophrène, dans l'autre, c'est un trouble orienté en sens inverse s'adressant à l'ambiance non modifiée.

L'autisme sous-tend le tableau clinique du schizophrène et en écarte les manifestations qui ne cadrent pas avec lui. Au contraire, les mécanismes hystériques indiquent une polarisation vers la réalité ambiante".

Et Mesnard écrit que chez l'hystérique "l'équilibre neuropsychique est essentiellement et spécifiquement subordonné à l'intérêt ambiant pour cette raison précise que c'est sa fonction d'expression, c'est-à-dire sa communication immédiate avec le milieu social qui est chez lui fragile ou atteint".

Dide conclut qu'il s'agit d'une analogie sémiologique et non une identité : "Le schizophrène apparaît de bonne heure comme un être isolé de l'ambiance, ambivalent et antique. Le contact avec le monde extérieur est limité par la préoccupation obsédante de soi-même à laquelle succède une hésitation pour la réalité de l'unité individuelle.
L'hystérique, au contraire, base sa conduite sur le besoin de vivre en collectivité sans les possibilités instinctuelles adéquates".

Certaines conceptions analytiques vont parfois encore plus loin que Claude,ne considérant que de subtiles différences de degré entre des niveaux plus ou moins profonds de régression

et de fixation de la vie affective, surtout à la suite des travaux de Grunberger sur le rôle du conflit oral dans l'hystérie.

Dans les faits, une différence clinique structurale et phénoménologique de nature entre hystérie et schizophrénie semble actuellement admise par la plupart des auteurs.

L'intentionnalité profonde qui se dissimule derrière une symptomatologie parfois identique est radicalement dissemblable dans les deux affections et Ruemke, au Congrès International de 1947 va même jusqu'à remettre en question certaines positions jusqu'alors acceptées. Reprenant l'analyse du cas René, il décrit une "developmental pseudoschizophrenia" dite "sechehaye type" qui ne serait pour lui qu'une forme sévère de "dégénérative hysteria" spécialement de type introverti et ce qu'expliquerait l'évolution.

La discussion n'est certes pas close.

Plus récemment, Hollender et Hirsch (1964) reprennent la question de la psychose hystérique après enquête faite auprès de psychiatres américains. Ils affirment qu'aucun essai n'a été fait pour conserver ce terme (de psychose hystérique), encore qu'il soit toujours implicité bien que non mentionné ou englobé dans les névroses hystériques.

Ils décrivent ainsi des épisodes psychotiques survenant chez des personnalités reconnues comme hystériques :

"D'un point de vue descriptif, la psychose apparaît soudainement et dramatiquement. L'attaque est temporairement rattachée à un évènement ou à une circonstance qui a été profondément mal toléré, mais dans le sens où sont réactionnelles certaines dépressions ...

Les manifestations peuvent prendre la forme d'hallucinations, de dépersonnalisation, de troubles du comportement.

L'affectivité n'est pas altérée mais va dans le sens d'une exaltation. Les troubles de la pensée quand ils apparaissent sont généralement limités et transitoires, et sont caractérisés par des distorsions de la réalité de type infantile, qui disparaissent quand le contrôle émotionnel est réobtenu, fort différentes du mode de pensée schizophrénique".

Ils citent Alexander "le terme de psychose hystérique est une référence lapidaire et purement descriptive, mais qui recouvre un état psychotique évident et banal. Ce qui différencie la psychose hystérique de la schizophrénie, se situe dans le contact du patient avec son environnement, la dynamique facilement compréhensible et la brièveté de durée",

et Astrup : "Ces psychoses hystériques peuvent être distinguées par une évolution non schizophrénique, une prédisposition névrotique et une sensibilité aux facteurs exagérée... Ces cas peuvent être considérés comme des succès de la psychothérapie des schizophrènes".

Les auteurs concluent en affirmant l'existence d'un véritable continuum reliant ces psychoses à la structure et aux traits de personnalités hystériques.

Lempérière, Perse, Enriquez, dans leur rapport au Congrès de Lausanne en 1965, font le point de la question et écrivent :

"Si nous revenons aux quatre malades de notre groupe d'hystériques que nous considérons comme psychotiques, nous retrouvons effectivement chez elles, antérieurement à l'organisation délirante, des signes névrotiques, mal structurés avec une angoisse permanente ...

Ajoutons une extrême dépendance affective, une adaptation médiocre ... Leur organisation délirante, bien qu'elle soit chronique, s'apparente davantage à l'idée fixe postonirique qu'à la structure schizophrénique ... Le contact est très facile

avec quête anxieuse d'une relation sécurisante et plus ou moins érotisée. Les thèmes délirants sont des thèmes mystiques ou sexuels, alimentés par des expériences nocturnes oniroïdes, des visions, des hallucinations génitales..."

Les 4 cas étudiés par les auteurs sont des malades chroniques et ils en discutent le diagnostic avec les paraphrénies mais leur description sémiologique est exactement superposable à celle des malades aiguës que nous étudierons.

Il est à noter que le problème, bien qu'ainsi soulevé par les auteurs, fut de nouveau scotomisé dans les discussions des Tables Rondes ultérieures du Congrès.

O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons choisi de relater en détail treize observations parmi les nombreux cas qui sont passés dans le service du Docteur FOLLIN entre 1961 et 1967.

Notre choix s'est porté sur celles dont le compte-rendu était le plus abondant et descriptif. Nous avons préféré un matériel de base plus restreint mais qualitativement "fouillé" à une abondance quantitative mais nécessairement résumée; toute discussion ultérieure pouvant ainsi éliminer, autant que faire se peut, l'ambiguité clinique des observations trop schématiques.

Par contre, nous soumettrons de façon essentiellement synoptique, les résultats psychométriques, n'ayant pas d'autre ambition que de montrer des résultats.

Nous transcrivons en tête de nos observations un cas relevé et décrit par Mairet-Salager en 1910 comme typique de "folie hystérique". Nous le relatons "in extenso" et à soixante ans de distance, les problèmes posés par la symptomatologie restent les mêmes.

Obs. XVI - Eugénie 29 ans - entre à l'Asile le 25.1.07

Sa maladie serait assez ancienne. Tout d'abord, on aurait noté chez elle des défectuosités de caractère : elle était capricieuse, il fallait tout lui céder. En 1902, elle aurait déjà donné des signes nets d'aliénation mentale : elle a eu à cette époque une crise de mysticisme avec idées de damnation, elle parlait de se tuer. Elle présenta des hallucinations de la vue et de l'ouie, voyant et entendant le Diable, entendait des voix qui lui disaient qu'elle était une fille perdue, qui lui criaient "humilité ! humilité !". Au bout de un an, elle se remet un peu et donne l'apparence d'une personne guérie.

Au point de vue familial, on nous donne le père, âgé de 53 ans, comme un noceur, malade de la tête, très exalté, qui a abandonné sa famille et qui menaça sa famille du revolver à plusieurs reprises. La mère se dit bien portante. La malade est l'aînée d'une fratrie de 6.

Eugénie se présente à nous comme une jeune fille au visage expressif et sympathique. La physionomie est mobile, reflétant tour à tour les émotions les plus diverses. Une égale mobilité se retrouve dans la conversation qui passe aisément d'un sujet à un autre. Elle dit qu'elle est depuis longtemps malade, au moins depuis 6 ans et que le début de sa maladie a coïncidé avec un état d'anémie marquée. "Elle était neurasthénique et nerveuse.. Elle est venue à l'asile pour expier ses crimes, mais se déclare très heureuse de son internement. Chez elle, au contraire, elle est très malheureuse. Tout le monde la contrarie. Sa mère la tracassait, son père la grondait. Les domestiques étaient très grossiers à son égard car elle aurait voulu secouer le joug qu'ils faisaient peser sur sa mère trop facile à dominer".

Il existe chez elle des idées érotiques... elle voudrait être un homme pour faire la noce.

Interrogée au sujet de ses hallucinations, elle nous dit qu'une seule fois elle a vu le Diable avec des yeux

phosphorescents et un regard d'ange "car Satan est un ange déchu". Il lui disait "Je veux te posséder" et effectivement il la posséda.

Dans la vie journalière, Eugénie nous présente deux phases délirantes, une phase de manie gaie avec agitation, une phase de concentration hypomaniaque avec surexcitation. Les deux phases alternent et on passe insensiblement de l'une à l'autre.

Dans la phase de manie gaie avec agitation, elle a des idées de supériorité, veut dominer. Elle est coquette, fait toutes sortes de grimaces. Dans la phase de tristesse, elle est préoccupée par des idées de pénitence, Jésus-Christ lui parle et l'invite à s'humilier et à se repentir : debout, immobile à la même place, on la voit de temps en temps se mettre à genoux et baiser le sol. Elle baise les pieds du Christ.

Lorsqu'on l'interpelle à ces moments, elle est immédiatement à la question, répond, mais sa physionomie exprime toujours les mêmes préoccupations et dès qu'on cesse de lui parler, elle retombe dans son attitude première.

Et Mairet-Salager poursuit :

"Telle est Eugénie dans les deux phases, déprimée et excitée tour à tour, ressemblant à nombre d'héréditaires vésaniques. Cependant, elle se différencie des vésaniques pures par quelques symptômes, ou peut-être mieux par la modalité de quelques symptômes, par ceux relevant de l'imagination et de la perversion de la vue. Dans les périodes d'excitation, son imagination est toujours en travail et lui fait revivre les scènes les plus diverses.

Une demande la met immédiatement en activité et elle raconte alors des scènes qui ne se sont aucunement passées. Nous citons :

"Je suis soeur de charité et je soigne un soldat blessé. Au moment de mourir, il me demande de le baiser sur la bouche. Je ne sais pas lui refuser ce qu'il me demande et n'ai dans l'âme aucun regret...
Me voici transportée au premier temps du christianisme, je suis au cirque, après Jésus-Christ, voici Néron, ce qui me remet en mémoire Quo Vadis et le personnage de Lydie que j'aimais tant. Alors je revis les scènes de cet ouvrage..".

Puis c'est Zola, Rachel, Musset qui reviennent à son esprit : "J'en étais là de mes pensées quand Hassan est venu me trouver. Il est beau, Hassan et quel maître ! Il ressemble terriblement à mon Jésus.."

Ainsi, l'imagination d'Eugénie lui remémore ses lectures passées et même lui fait voir des scènes qu'elle invente de toutes pièces.

Tout reste, dans certains cas, dans le domaine psychologique, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Eugénie extériorise en effet avec une grande facilité ses représentations psychiques et l'hallucination se mélange intimement aux simples phénomènes d'imagination.

Le caractère des hallucinations présentées par Eugénie, la modalité sous laquelle s'exprime la surexcitation de son imagination, ont quelque chose qui n'appartient pas à la vésanie.

Ce quelque chose est bien connu cliniquement, il relève de l'hystérie. A côté du délire vésanique, il existe donc chez cette femme un <u>délire hystérique</u>. Le délire hystérique se mêle étroitement à l'agitation maniaque et à la dépression mélancolique qui prennent une physionomie spéciale et forment avec lui une véritable <u>unité clinique</u>.

OBS. I - BOUDJ... Sultana, 21 ans, Sténodactylo

Entre le 1.4.64 avec ce certificat immédiat suivant :

"Mutisme au cours de l'évolution d'un état dépressif atypique. Passivité hostile - catalepsie avec anticipation et persévération motrice. Notion d'hospitalisation récente. nécessité ... etc."

La présentation est d'emblée dépressive. Le plus souvent immobile, aux gestes lents et rares, elle se maintient figée en une concentration douloureuse, parfois entrecoupée de sourires d'apparence immotivés, voire de petites stéréotypies faciales qui ne s'avèrent être que la rétention d'une mimique de pleurs qui explosent parfois.

Elle manifeste une opposition importante à l'entretien se traduisant soit par un mutisme, soit par des réponses lapidaires comme s'il lui fallait vaincre une résistance à l'aveu d'un désarroi profond qui est cependant reconnu. Parfois, elle s'exprime en réponses ironiques adaptées qui semblent traduire une "présence " intacte.

Les propos restent d'ailleurs dans l'ensemble toujours dans les limites d'une relative adéquation à la situation, et une vigilance exacerbée habite les moments même de réticence ou de mutisme qui n'apparaissent en aucune façon être des glissements de plan par fonte dans l'imaginaire.

Le contenu idéique renvoie à la problématique que soulève l'altération d'un champ de conscience qui éprouve "l'étrangeté de son étrangeté".
"Je suis anormale, ma soeur a bien fait de m'envoyer ici, je crois que je délire".

Mais elle reste bien orientée dans le temps et dans l'espace; mémoire, jugement, restent intacts en dehors de tout ce qui touche à la problématique sus-citée.

Si des thèmes délirants stricto-sensu n'apparaissent pas, une culpabilité intense s'appuyant sur une angoisse quasi-objectivante infiltre ses propos : "Papa est trop gentil ... parce que j'étais méchante ... enfin méchante est un mot ridicule ... ce n'est pas méchante qu'il faudrait dire, c'est autre chose".

La culpabilité oedipienne semble venue ici presque directement, à peine déplacée.

Mais l'angoisse de dépersonnalisation qui centre ses préoccupations tout au long de l'entretien "suis-je folle, suis-je anormale, inconsciente" se révèle parfois franchir "la ligne" où s'objective la dépossession de soi "on me force à voir ma mère différemment, on me fait agir...".

Dans le même temps, les axes de référence s'altèrent, le Monde se transforme ("Tous ces visages anormaux") lourd de signifiants étranges.

La désorganisation formelle du champ de conscience s'articule ainsi avec la remise en question de l'ordre du personnage oedipien que traduit le "thème de filiation" exprimé "j'ai deux pères, celui qui porte mon nom, celui que je n'ai pas connu".

Au niveau du corps propre, l'objectivation est parfois totale. Certitude de pourriture intérieure avec peur de contaminer autrui : "cela vous est certainement désagréable de me toucher" avec suspicion d'hallucinations cénesthésiques.

Si l'ensemble de ce tableau lors du premier entretien évoque sans doute possible une expérience délirante en voie de constitution, l'observation ne peut se départir d'une impression intuitive résiduelle d'inauthenticité, d'une part du fait du caractère directement forcé de l'expression émotionnelle, d'autre part du fait de l'ironie lucide, bien adaptée, laissant impression d'un jeu avec l'observateur.

Le 3.4.64, la symptomatologie est sensiblement identique. Propos toujours allusifs, subtils dans leur formulation. Réponses alambiquées à la limite de l'énigmatique.

Le renversement des axes du vécu se confirme : sentiment d'être observée, interprète les paroles de son entourage, pense que tout la concerne "on me met des exemples devant les yeux".

Elle extériorise surtout plus directement le thème de transformation physique intérieure esquissé la veille : "Le mal intérieur est une punition physique et morale qui dégoute les autres". "Hier, une infirmière a frôlé ma hanche et a fait un mouvement brusque pour se retirer". Si elle n'en donne pas d'explication immédiate, elle laisse entendre qu'elle interprète cette conduite comme témoignage de la répulsion qu'elle inspire.

"Il faut que je mange pour ne pas pourrir. De toute façon, je ne pourrai pas manger devant tous ces gens. J'énerve les gens, tous ces regards ! beaucoup de mouvement autour de moi...".

Agressivité immédiate contre sa mère "De toute façon, je ne lui parle jamais".

La mère précise la biographie :

- Née d'un père marocain qui se sépara d'avec sa mère et disparut définitivement alors qu'elle avait deux ans.

- Élevée au sein, mais rapidement confiée à sa grand-mère maternelle jusqu'à l'âge de 3 ans, puis mise en nourrice pendant deux ans.

- Sa mère la reprend à l'âge de 7 ans, alors qu'elle s'était remariée avec le beau-père actuel et qu'une petite sœur était née depuis un an.

- Assez précocement, ses parents remarquent chez elle des alternances de l'humeur, de l'expansivité à l'inhibition ; la trouvent capricieuse, un peu comédienne, d'une naturelle indifférence affective.

Surtout mal adaptée à son milieu qu'elle considère comme inférieur. Elle méprise son beau-père, simple et effacé, rejet qu'elle exprime ouvertement, tandis qu'elle idéalise romantiquement son père réel dont aucune trace ne reste à la maison. Mais d'un autre côté, s'honte de la consonnance arabe de son nom et se fait appeler volontiers Claudine.

En 58, à l'âge de 15 ans, elle est opérée en urgence d'une rupture de kyste de l'ovaire. Événement traumatisant, non seulement par la réactivation phantasmatique qu'il entraîne directement, mais encore et corollairement par la remise en question de l'ordre d'un personnage constitué féminin déjà primitivement fragile.

La suite nous le confirmera.

À partir de 61, se fiance et se défiance avec un garçon de 20 ans d'un milieu nettement supérieur au sien. Liaison émaillée de ruptures de sa part dans l'ambivalence typiquement hystérique de la dérobade et de l'appel. Le garçon s'y découragera en faisant un état dépressif.

En 62, elle fait un état dépressif, dit sa mère, et est hospitalisée à la Salpétrière qui nous envoie le résumé d'observation suivant : "Elle était rentrée avec tous les

éléments d'un syndrome dépressif typique. Très rapidement, nous avons vu paraître une bouffée délirante avec état de dépersonnalisation et syndrome d'influence. Sous traitement, son état s'est rapidement transformé, etc..."

En Décembre 63, rechute : "se racontait comme si c'était dans un livre" dit sa mère.

Les troubles actuels ont commencé 14 jours auparavant par une brusque crise maniacoïde avec exaltation et langage symbolique.
"Je suis descendue, je vais toucher le fond, je dois chercher la source... j'en connais qui empoisonnent et qui sont empoisonnés il faudrait que je tue mon père et ma mère veut ce risque ...".
"Vous voulez que je m'humilie, ne suis-je pas déjà assez humiliée !"

Le 29.4.64. Le contact reste difficile, plus refusé que lointain, au travers d'un langage encore volontiers énigmatique. Il persiste toujours une interprétation "à minima" : les conversations, les éclats de voix semblent se rapporter à elle, ainsi qu'une conviction d'incurabilité, mais paraît plus perplexe quant à l'impression d'un pourrissement intérieur ressenti à l'entrée. "C'était une image".

Elle explicite néanmoins plus facilement ses préoccupations fondamentales :

- Sur son père réel : on ne lui en a jamais parlé à la maison, ni sa mère, ni sa soeur ainée. Il n'existe même pas une photographie de son père à la maison. Elle prétend avec insistance n'avoir jamais cherché à savoir qui il était, ce qu'il est devenu, quel était son rang social. Elle développe d'ailleurs à ce propos une forte culpabilité centrée sur ses conduites (de mépris) à l'égard de sa famille.

- Sur ses relations avec son "fiancé" : elle pense qu'elle ne pourra pas se marier car elle ne se considère pas comme une femme normale depuis son opération. Elle a entendu dire que seules les femmes mariées sont atteintes de ce genre d'affection et est arrivée à la conclusion "qu'on va croire que j'ai eu des rapports". Elle aurait eu d'ailleurs l'année dernière des rapports avec son fiancé mais laisse entendre que les choses ne se seraient pas passées normalement ?

Ces préoccupations majeures sont débitées d'un ton de froideur affectée avec un souci permanent de banalisation. Mais l'angoisse infiltre malgré elle son discours et exprime le malaise profond et ineffable d'un Moi en quête de personnage constitué.

15 jours après, presque brusquement, les troubles de la conscience s'effacent, la thymie se normalise et elle offre les apparences de la guérison clinique.

Synthétiquement, cette observation nous apparaît caractéristique par la mise en évidence du caractère processuel de l'épisode psychotique aigu.

"Moment carrefour" où par le jeu de leur interaction dialectique, vont se réaliser en drame privilégié d'une part les déficiences propres de la structure pré psychotique, d'autre part la désorganisation du champ de conscience dont le déterminisme renvoie aux aléas de la trajectoire existentielle qu'implique la structure.

L'immaturité affective apparaît chez cette malade de façon évidente, si on reprend avec Follin la notion "d'écart entre le moi structuré apparent et le moi structurant fasciné par cette image de soi".

La séquence maturante des identifications successives apparaît en effet chez Sultana comme profondément troublée. Même compte-tenu d'un trouble précoce de l'identification primitive qui les pré-signifie, on retrouve en effet : la séparation précoce d'avec la mère (elle a été élevée, rappelons-le jusqu'à 5 ans par sa grand-mère). La mère ne nous semble pas au travers de ses dires avoir témoigné beaucoup de chaleur affective à sa fille. Un père qu'elle n'a jamais connu, vite disparu, quasi-forclos d'origine marocaine et qui ne lui laissa qu'un nom "étranger" et un type ethnique accentué. Ces deux éléments semblent avoir été

des achoppements fondamentaux dans la constitution d'un personnage valide du fait d'un double écart. Ecart "vertical" dans l'interrogation impossible d'une filiation scotomisée par sa famille avec un père plus phantasmisé qu'idéalisé. Ecart "horizontal" avec les naturelles identifications au consensus socio-culturel, dramatiquement ressenti dans l'impossible recouvrement de l'image de soi et de l'image spéculaire.

Notons en outre le beau-père, débonnaire et dévirilisé et comme tel, rejeté et dangereux.

Dans une telle situation, le maintien du personnage idéalisé ne peut se faire qu'en impliquant le rejet de la famille phantasmatiquement tuée. En d'autres termes, il ne peut s'assumer qu'au prix d'une culpabilité angoissante que le moindre accroc rendra submergeante.

Enfin, apparaît également le traumatisme de la rupture de KO, lourd d'angoisse de morcellement, vécu comme castration agressive et ébranlant une sexuation déjà interrogative.

La structure hystérique est ici en filigrane clinique. Elle apparaîtra de façon évidente aux tests projectifs. Nous le reverrons.

Notons néanmoins que les relations avec son fiancé, caractéristiques par leur ambivalence, ses conduites de dérobade, la facticité des sentiments excessifs allégués apparaissent ici comme typiquement marqués du coin de la conduite hystérique. Mais le maintien des relations avec lui, d'un milieu nettement supérieur au sien, va impliquer une "surtension" excessive dans l'ordre du personnage constitué et corollairement de l'angoisse de culpabilité. Le plus petit aléa, le moindre "rapproché objectal" suffira dès lors à faire basculer l'ensemble et faire émerger, au centre de

cette structure, l'angoisse objectivante, médiatrice de l'épreuve délirante.

L'Epreuve délirante se construit au sein d'une altération de l'ordre du champ vécu. Or cette conscience altérée n'est pas chez elle confusion mentale (l'adéquation de ses réponses, l'ironie vigilante l'infirment), ni repli autistique, mais, soit vigilance diaphragmée sur sa subjectivité angoissée et angoissante avec sentiments de dépersonnalisation, soit conscience crépusculaire où les valeurs subjectives prennent consistance de réalités objectivement vécues : ainsi, au début, sa culpabilité se réifiait en une pourriture contagieuse avec un syndrome d'influence à minima, mais surtout trema, renversement des axes du vécu, rendant signifiant (accusateur) l'entourage qui la renvoie à sa propre angoisse dans l'altération de son personnage constitué.

Sous neuroleptiques et présence psychothérapique, l'angoisse objectivante s'atténua et après une phase de doute perplexe, disparut brutalement. Trop brutalement, sans prise de conscience critique et structurante du porte-à-faux de son personnage. Une première permission fut vécue comme un affrontement catastrophique et elle se réfugia dans l'ingestion massive de tranquillisants.

Devant l'échec fondamental de l'ordre de son personnage, être-soi intolérable, cataclystiquement remis en question dans le vertige psychotique, l'érection d'un idéal de soi suffisamment valide ne peut plus se constituer pour faire coexister l'absolu de ses désirs, l'état de ses moyens, la réalité de la situation.

4 hospitalisations émaillent son évolution post-psychotique jusqu'en 67. Successions de décompensations dépressives avec impression vague de changement de son visage et de l'entourage, changement traduisant son "vide à être".

Vide qui ultérieurement ne pourra être masqué que par une réorganisation caractérielle et névrotique de son économie ainsi qu'en témoignent les conclusions des tests projectifs étagés sur 3 ans d'évolution.

- En Mai 64, en pleine phase psychotique : aucun signe de perturbation de la personnalité sur un mode névrotique, psychotique ou caractériel n'apparaît au MMPI ou au Rorschach. A cette dernière épreuve, on met seulement en évidence une légère teinte dépressive et un dynamisme pauvre et assez infantile.

- En Mars 65 : sur un fond psychasthénique, apparaît la possibilité de traits de personnalité hystérique ; par rapport au profil précédent, elle est plus "hystérique" et moins "dépressive".

- En Février 66 : si les protocoles de Rorschach ont peu changé, par contre le MMPI montre quelques éléments nouveaux. En effet, bien que l'attitude d'auto défense contre les symptômes demeure, le profil obtenu est de validité plus sûre qu'en 65. On voit apparaître la possibilité de troubles du caractère et du comportement:

"En conclusion, il semble s'agir au Rorschach d'une structure <u>névrotique</u> de type <u>hystérique</u> sur un fond de caractère qui comporte des éléments psychasthéniques et sensitifs et qui peut à l'heure actuelle réagir sur un mode <u>caractériel</u> aux difficultés relationnelles banales."

- En Avril 67, accentuation des données déjà recueillies précédemment dans le sens d'une structure névrotique de type hystérique à savoir : augmentation de la stimulation couleur, un type de résonnance intime plus extraverti, un signe "lien" à la planche VIII, réponse ogre sur une localisation entière et globale à la planche IV.

Au total, il faut souligner l'affirmation de ce type de personnalité hystérique dans le sens de l'expansion.

Une telle réorganisation caractérielle et névrotique apparaît en effet comme l'aménagement le plus économique vis-à-vis d'une angoisse objectivante, toujours menaçante, et semble être le mode de "cicatrisation" le plus fréquent.

Il permet ainsi dans l'agir et le refoulement de déplacer, sinon d'assumer, les remises en question que la problématique inchangée implique.

Et nous savons "a contrario" combien les sujets présentant une organisation caractérielle ou névrotique bien constituée offrent peu de prise à la psychose.

OBS. II - BAB... Colette, 40 ans, vendeuse

Entre dans le service amenée par Police-Secours avec le certificat de placement suivant d'H. Rousselle (6.7.65).

"Grande crise hystérique chez une femme de 40 ans, déjà hospitalisée en Décembre 64 pour bouffées hallucinatoires. Améliorée depuis sa sortie du service en Février 65. A été abandonnée par son mari il y a 8 jours. Depuis, nouveaux troubles du comportement : s'enferme chez elle, pousse des hurlements qui ameutent les voisins - Pendant l'examen, mutisme théâtral avec hyperpnée entrecoupée d'aboiement. Départ brutal du bureau d'une marche d'automate rythmée de hurlements".

La présentation est caractéristique : théâtrale et excessive dans ses gestes et propos. Le contact est fluctuant, le discours volontiers énigmatique, non pas sur le mode de repli ou de la réticence, mais dans le jeu de la dérobade, provocation appelant l'autre.

La thymie est labile, les réactions émotives exagérées, collant aux thèmes déroulés dans le discours qu'elles amplifient ou dévient en retour.

"C'est un duel contre le Diable, ou bien c'est quelqu'un qui me poursuit avec son intelligence et sa force qui sont pires que tout... C'est une force qui me pousse à tout... et il y a les crises affreuses pour lesquelles j'ai été emmenée à Cochin... C'est contre mon mari que je mène un duel.

Que je pleure, il pleut, et ça s'arrête de pleuvoir quand mes yeux s'assèchent... on me fait comprendre que mes cheveux vont tomber. Ils n'auront pas intérêt, etc..."

La biographie est évocatrice :

Prime enfance en apparence "normale". C.E.P. à 14 ans ½. Très sociable bien que très attachée à ses parents, elle ne s'est d'ailleurs jamais résolue à quitter définitivement sa mère, même après son mariage, et sauf à des brèves périodes de son existence, a continué à la voir chaque jour.

Son père (serrurier) semble avoir été un homme distant, froid, qu'elle aimait néanmoins beaucoup. Il faisait lui aussi des crises qui impressionnaient beaucoup la malade et sur lesquelles cette dernière refuse systématiquement de

s'expliquer, le contact se rompant dès que le sujet est abordé. Il aurait néanmoins été hospitalisé un an à H.Rousselle où il y serait décédé ?

Elle se marie en 1947 avec un imprimeur de même âge. Pas d'enfant, son mari dit-elle s'y étant absolument opposé et la malade nous affirme s'être rapidement accomodée de ce veto.

La malade avoue n'avoir éprouvé qu'assez peu d'attirance pour la vie sexuelle qui semble n'avoir été que peu active dans le couple. Le mari s'en accomoda facilement d'après elle et leurs relations évoluèrent vite selon un certain laxisme. Le mari est fréquemment absent du foyer et lui préfère "le football et son caniche".

Sur le plan psychopathologique, son existence semble avoir été émaillée de "crises" hystériques que la malade refuse d'ailleurs soigneusement de décrire, dont l'une entraîne une consultation à H. Rousselle en Octobre 63 où nous notons : "Idées délirantes de persécution en voie d'élaboration - cherche les motifs qui poussent ses persécuteurs. Accuse deux hommes qui auraient été ses amants et le beau-frère d'une collègue de bureau qui serait un proxénète. On a réussi à la rendre frigide". Perplexité intense - Sthénicité teintée d'érotisme alternant avec des réactions dépressives.

En Novembre 63, l'épisode délirant semble liquidé mais en Décembre 64, crise brutale. Elle ouvre la fenêtre en proie à une crise de panique, hallucinée, hurle "ne touchez pas à mes jambes".

Hospitalisée d'urgence à Cochin puis H. Rousselle, il est noté "anxiété, crise de désespoir d'allure hystéroïde, syndrome d'influence : un homme agit sur elle, sur son corps, son esprit. Juge ses moindres actes et la commande à distance".

Elle a ainsi soudain senti qu'il agissait sur ses jambes.

Le délire semble labile, peu structuré, ne tend jamais à se solidifier en l'ébauche d'une néoréalité et la perplexité de la malade tient moins de l'"étonnement" devant l'intrusion d'un subjectif réifié que du caractère spécifiquement flottant des projections dans l'espace vécu de la malade.

Projections qui réalisent de véritables émancipations des "instances". Ce persécuteur étant à la fois la morale qui lui indique le bien et le mal, et une "force" la poussant à des perversions sexuelles ou à la prostitution.

Le délire s'éteint assez rapidement et il est noté à H. Rousselle, en conclusion : "structure hystérique manifeste - épisode récent dépressif et délirant - critique actuelle "c'était un coup de folie". Reprise de l'état habituel qui se marque par des troubles du caractère et du comportement. Difficulté avec le mari avec lequel elle forme un couple pathologique. Fantasmes sexuels pervers avec lesquels elle inquiète beaucoup le mari, timide et réservé. Somme toute, peu de réalisations. Frigidité sur laquelle elle glisse - s'étend complaisamment sur l'impuissance du mari".

Le mari, que nous voyons à la suite de sa 2ème hospitalisation à Ste Anne nous la montre comme autoritaire, très directive, nettement plus tendue et acariâtre depuis le décès de son père. Il nous décrit les "crises" qui en deux occasions motivèrent l'hospitalisation. Après une phase prodromique d'une semaine, avec insomnie, nervosité, les symptômes vont s'aggravant et ce sont des cris, des hurlements. "Elle se met sur le lit et elle ondule". Se plaint des jambes, se calme et recommence ensuite.

Il confirme les troubles de la sexualité, qui fantasmatiquement perverse dans les périodes intercritiques "il lui faut du nouveau, c'est l'amour impossible", se réalise pendant les crises où elle s'adonne à une prostitution gratuite au café tenu par sa mère.

Le mari a ainsi quitté le domicile conjugal 8 jours avant l'hospitalisation.

Sa mère confirma l'apparition peu après le départ du mari, d'un délire de persécution avec idées d'empoisonnement mal définies, elle refusait toute alimentation puis ameuta le quartier une nuit en hurlant à sa fenêtre nue et affolée.

Dans le service, le comportement s'est rapidement normalisé en dehors de troubles anorexiques, "on ne peut pas couper sa viande devant tout le monde" et de tendances homosexuelles avec proposition et ébauche de réalisation.

Les idées délirantes longtemps exprimées, du type syndrome d'influence, apparaissent à l'observation comme "trop" riches en détails rocambolesques qui paraissent fréquemment être d'invention extemporanée.

"Un homme qui a été son amant agit sur tous ceux qui veulent lui faire peur. C'est un homme de tête qui lui porte bonheur. Ca fait un an qu'elle ne l'a pas vu mais il continue à la diriger dans la vie. Chaque fois qu'elle ne suit pas ses conseils, elle fait une crise. Ceci dure depuis 10 ans".

Cliniquement, la coquetterie maniérée de la présentation, la satisfaction à être interrogée, les fausses réticences revêtant un ludisme provocant, la problématique nettement exprimée, "Je ne peux pas aimer d'amour", signent la structure hystérique que corrobore sa biographie et ses réalisations sexuelles labiles et outrancières sur fond de frigidité et d'insatisfaction.

La problématique hystérique est là, permanente. En particulier, le non dépassement de l'identification pathogène au Père (qui lui aussi faisait des crises), l'impossibilité d'assumer le désir désiré et dangereux, composent la quête angoissante de son personnage sexualisé. Personnage angoissant mais dont le maintien est nécessaire pour se protéger aussi de l'angoisse de la culpabilité.

Mais ce maintien ne peut se réaliser que dans le jeu spéculaire de la relation avec le regard de l'autre dont la gratification est éprouvée vitale.

Dès lors, toute augmentation de charge pulsionnelle, toute dérobade de l'autre à cet obligatoire jeu kaléidoscopique de désir de désir-insatisfait, contesteront l'ordre fragile de son personnage, véritable médiateur vital, et feront apparaître en une catastrophique remise en question, l'angoisse objectivante.

La recherche des causes déclenchantes revêt donc peu d'importance mais on peut noter que deux fois les crises se sont articulées avec une remise en question du système institutionnalisé relation/non-relation avec le mari, dispute sévère, la première fois, départ à la 2ème.

L'angoisse objectivante ne semble pas apparaître chez elle en une irruption dramatique, mais infiltrer progressivement les axes de son équilibre : "nervosité, insomnie", troubles des conduites sexuelles ou "l'agir" apparaît se situer au double niveau de l'annulation de l'angoisse et du masochisme rejetant. Mais malgré cette ultime tentative de résolution dans l'acting out le champ phénoménal Moi/monde non moi se coagule, le subjectif s'objective et les instances s'émancipent en un système ou moi idéal et idéal du moi, reconstruisent un drame manichéen érotisé extérieur.

La "désangoisse" est alors possible. Un "bon" personnage peut-être, sinon retrouvé, tout au moins offert à l'interlocuteur, car celui-ci reste nécessaire, conditionnant par sa présence l'offre multiple.

Présence de l'autre toujours exigée, car il n'y a pas de confusion mentale vraie, l'hypervigilance et la variabilité thématique "à la demande" en témoignent.

L'amélioration se fera par extinction progressive de l'angoisse objectivante, recentrage des axes du vécu "c'étaient des rêveries" remise en façade du personnage "statu quo ante".

La séparation d'avec le mari sera plus ou moins acceptée au prix d'une dénégation "on reste bons amis" et d'un retour temporairement plus étroit dans le giron maternel.

Elle fut cependant réhospitalisée en service libre en 67, deux ans après, pour une crise d'angoisse dysphorique, où elle se fit hospitaliser elle-même et qui se stabilisera rapidement, d'autant que son emploi (vendeuse) n'a pas été menacé.

Entre ces deux hospitalisations, elle s'est maintenue "équilibrée" au prix, semble-t-il, d'un certain déséquilibre des conduites dans un aménagement psychopathique de l'existence avec facticité relationnelle rationnalisée.

OBS. III - GOD... Paulette, 22 ans, sans profession

Entre dans le service le 12.2.65 avec le certificat immédiat suivant :

"Bouffée délirante anxieuse prenant la forme d'un accès excitatif n'ayant pas d'éléments maniaques. Niveau apical d'atteinte des fonctions de conscience, plutôt télescopage du vécu imaginaire et de la réalité - envahissement du discours par une thématique mystique, métaphysique, et des préoccupations de repentir, de culpabilité et d'état de grâce.
Petits éléments d'automatisme mental sans signification précise. Allure aiguë des troubles".

Anxieuse à l'entrée, mais note l'observateur, extrêmement sensible au contact et à l'ambiance. Une quête affective s'exprime intensément sur un mode à la fois théatral et puéril.

Son expérience délirante aiguë semble d'ailleurs déjà à son déclin et elle en parle sur le mode de la perplexité, voire de la critique.

"Ca m'a pris dans la nuit de Mardi à Mercredi ; j'avais l'impression de me battre avec le démon. C'est le tatouage de mon mari qui s'est mis à me faire peur. J'ai crié. J'avais l'impression d'être en état de grâce. Je m'étais repentie. J'avais l'impression que Dieu m'avait pardonnée, je voulais faire des miracles. Je croyais qu'à la place de mon mari il y avait une tête de monstre. Maintenant, je me rends compte que j'ai failli perdre la raison, cela devient flou dans ma tête ... Mon mari est bon mais je lui trouvais tous les défauts.

Dans la nuit, j'ai eu une crise de désespoir, de repentir. Je me tordais dans tous les sens. J'ai eu une palpitation. J'ai eu l'impression de donner mon âme à Dieu. Je suis devenue pieuse. Je me suis repentie, j'ai eu des visions de paradis, je voyais le plafond s'ouvrir, je croyais que j'allais mourir, et puis ça s'est terminé. Je me suis levée, j'avais l'impression d'être paralysée, d'être une sainte. La lumière de mes yeux était partie, je me voyais dans la glace une lumière intérieure.

Le lendemain, j'ai marqué tout ce que je sentais sur un cahier. J'ai été voir un curé dans une église, j'ai vu une lumière rouge et un ange dans cette lumière. Le lendemain, à deux heures du matin, je me suis levée, je

sentais mon mari hostile, je suis descendue chez la voisine lui dire "Je ne suis plus Madame God..., ma vocation est d'être bonne soeur, mon mari a une tête de monstre". Les gendarmes et le médecin sont venus, je crois que j'avais une puissance puisque je les ai fait rire ..."

Les données biologiques sont significatives et doivent être fournies maintenant afin d'éclairer les productions graphiques sinon littéraires qu'elle produisit au cours de son moment oniroïde.

Madame God... est enfant naturelle.

Elle décrit sa mère ainsi : "c'était une paralysée du langage, une arriérée mentale (sic) .. Je la vois comme une petite fille. Elle ne sait ni lire ni écrire. Elle ignore tout de la vie. Dans sa jeunesse elle a été placée à Bicêtre, puis guérie, elle en est sortie à 16 ans et le premier venu a abusé d'elle. C'est comme ça qu'elle m'a attendue.

Par la suite, elle a connu un homme qu'elle a épousé et que j'ai aimé comme mon père. Je l'aimais beaucoup mais il ne devait pas être heureux avec ma mère. Il buvait, il est mort d'une cirrhose quand j'avais 11 ans; ça été un grand choc pour moi".

Après la mort de son père, demeure avec sa mère qui peu de temps après se met en ménage avec un Espagnol avec lequel elle vit toujours.

"J'aurais voulu l'appeler Papa mais on ne s'entendait pas. J'étais cynique avec lui. Je me suis rebellée, maintenant je vois bien qu'il n'est pas méchant".

A l'école jusqu'à 14 ans, puis vendeuse dans un magasin. A 14 ans ½ connaît son premier mari dans une bande de copains.
"J'étais tout le temps dans la rue, je manquais d'affection chez moi". A 16 ans, elle est enceinte. Ils se marient et restent ensemble 6 mois. Une première petite fille nait tout de suite après le mariage - Une 2ème est attendue lors de la séparation.

Après le divorce, elle va vivre chez une tante mère de 6 enfants. La fille aînée est placée en nourrice, le second enfant naît chez sa tante et elle le garde.

Un an après, elle connaît son mari actuel (agent technique). Le 2ème enfant du premier mariage, un petit garçon, est reconnu. Ils ont une fillette de 17 mois.

Deux faits encore qui semblent avoir eu un rôle conjonctural important dans le déclenchement de la psychose :

- Il y a un mois, sa fille aînée qu'elle voyait régulièrement chez sa nourrice, a été reprise en charge totalement par la famille de son père.
"Ca m'a fait un choc, j'ai eu des crises de larmes. Depuis, je suis nerveuse, triste, fatiguée. J'ai changé d'attitude avec mon mari et mes enfants. Je suis devenue dure avec eux".

- Une infection gynécologique importante bien qu'à germes banals.

Au vu de ces faits, les productions écrites en pleine oniroïdie, deviennent plus signifiantes et nous en consignons quelques extraits :

Lettre écrite à son mari :

"Mon corps est faible comme celui de Dominique (I). Elle seule que j'ai offensée pourra me rendre la vigueur".

"Mon coeur est faible comme ceux de ma grand-mère et de ma mère. Elles seules consolideront mon coeur meurtri par les offenses que je leur ai infligées".

"Mon esprit est tatonneux (sic) comme l'est celui des personnes qui n'osent pas affronter le danger".

"J'ai besoin de ton amour, je crois en ta sainteté, crois en la mienne, et tu m'aideras à te mériter".

Extrait de poèmes :

"Regarde autour de toi,
Apprends à connaître les étoiles,
Admire la fine fleur,
qui perle de rosée à l'aube si près de ton coeur,
qui relève sa tête fièrement,
et qui ne vit que l'espace d'un instant."

Lettre à Dieu ?

"A l'aube de ma 22ème année, comme je te remercie, messager du ciel, toi qui as su faire en une nuit de travail, que 21 années de faiblesse et de mensonges n'avaient pas suffi à faire cligner cet oeil si vif, instrument de mon orgueil".

(I) Sa fille aînée.

Ces lettres, d'allure testamentaire, adressées aux membres vivants et défunts de la famille mêlent en général pardon des offenses et symbolique mysticosexuelle au travers de conseils édifiants.

Dans cette observation, il s'agit à l'évidence d'un état oniroïde de la conscience typique, tel que Mayer-Gross les avait bien vus "La soudaineté du début, les oscillations de niveau et de la tonalité affective ... Le conflit moral au centre du délire où il y revêt parfois une forme métaphysique... La situation affective et les relations amoureuses qui y occupent un plan privilégié".

On remarque également que l'état oniroïde contient la destructuration temporelle-éthique du niveau maniaque dépressif, ce que la malade présentait (état excitatif) à son entrée; la dépersonnalisation, qui semble n'avoir été chez Madame G. que momentanée et fragmentaire, (l'éclat de son oeil si vif, particulièrement investi chez elle d'ailleurs en tant que médiateur érotique); l'état crépusculaire de conscience (mon esprit est tatonneux) bien que masqué par la vividité et la prégnance du vécu onirique.

Son vécu est immédiatement et dramatiquement actualisé dans l'ineffable de la panique et de l'extase.

L'animation des objets, des valeurs ambiantes impérativement concernantes, s'organisent dans le "coagulum" de la conscience en une relative unité scénique où se projette l'imagination "en une vaste épreuve de Rorschach". La métaphore d'implicite devient explicite ("mon mari a une tête de monstre"). La compénétration Moi/monde s'insère dans la crépuscularité d'une conscience par elle-même fascinée.

Mais nous pouvons reprendre textuellement ce que dit H. EY tant il s'adapte au sujet : "Le caractère insolite de l'évènement délirant n'échappe pas entièrement à la conscience spectatrice et celle-ci le vit comme cette atmosphère de miracle prodigieux ou d'incroyable mystère qui se donne pour ce qu'il est, incroyable et incompréhensible, mais aussi comme irrévocable".

Madame G. ne reconstruit pas ici une néomondanité où s'accrocherait un Je en voie de discordance. Le délire ici se structure dans l'ordre de l'abandon d'une image de soi fortement culpabilisée et dans la fascination de l'érection d'un personnage retrouvant sécurité et protection dans le recours mystique où la "non dénégation" des pulsions devient possible en la fusion enfin réalisée.

La notion de fragilité du personnage génétiquement et historiquement constitué nous permet ainsi de mieux saisir le moment dialectique structure/conjoncture dont la psychose est l'expression.

S'il n'est point besoin d'insister sur la précarité des identifications que sa biographie révèle, la structure hystérique de Madame G. est également patente. Non seulement cliniquement par la théâtralité expressive, l'infantilisme des attitudes facilement érotisées, la boulimie affective du contact, mais encore aux tests projectifs dont les conclusions affirment : "structure hystéro phobique, hypothèse d'un fond de caractère hystérique mais avec une défense qui fait appel à des mécanismes tant du type hystérique que phobique (...)".

Dès lors, l'abandon de sa fille remet en question sa propre image de mère, embrase une culpabilité ancienne en la mettant en face de sa propre ambivalence.

Une infection gynécologique s'y greffe au décours, en soi mineure, mais certainement phantasmatiquement présignifiante.

Le maintien de la façade antérieure, était fragile de son être au monde là-maintenant, ne peut plus être tenu et l'angoisse objectivante apparaît dans le vertige de la désorganisation du champ de conscience et de l'identification phantasmatique.

Elle trouve d'ailleurs le mot de la fin à sa guérison : "Je jouais la comédie et j'ai cru à ma comédie".

OBS. IV - MON... Ginette, 30 ans, esthéticienne

Première hospitalisation le 1er Septembre 65 avec le certificat immédiat suivant :

"Etat dépressif atypique chez une personnalité névrotique. Nécessité ...".

Il s'agissait en réalité d'un état post-psychotique. Les données anamnestiques du dossier sont floues, mais il apparaît qu'elle a présenté, un mois auparavant, un épisode oniroïde brutal au décours d'un voyage à Bordeaux avec son ami. "Je voyais des chiens, des taureaux, des voitures... Il me semblait que toutes ces voitures étaient là pour préparer mon entrée à Madrid.. J'avais l'impression qu'on voulait me faire du mal. Je voyais mon ami avec un couteau... Déjà à Aurillac dans un hôtel j'ai vu une photographie dans une chambre et il me semblait que c'était mon père ... En entrant à Bordeaux, j'ai vu un fantôme et une tête de mort ... Je me suis mise en transes .. J'insultais ma mère". Essentiellement perplexité sur sa filiation "ma mère n'est pas ma mère, mon père n'est pas le vrai", et deux tentatives de défenestration entraînant son hospitalisation chez le Pr. Delmas.

L'observation note encore : attitude infantile très agressive, comportement hystéroïde, asthénique.

La biographie est précisée par la mère (dont l'allure et la présentation la posent en rivale - type de sa fille).

1er développement normal. Divorce quand elle avait 3 ans (abandon du père). En nourrice jusqu'à 6 ans. Pension jusqu'à 16 ans. C.A.P. d'esthéticienne. La mère vit maritalement et a un fils de 8 ans - Mauvaise entente avec l'ami.

La mère note la nervosité et l'instabilité de sa fille, la précocité de son éveil sexuel. Elle dit d'ailleurs textuellement : "Je lui ai fait freiner les sens par un traitement jusqu'à 18 ans".

Elle a une liaison depuis plusieurs années avec un étudiant en médecine étranger. Liaison ambivalente, orageuse, où la mère assume perpétuellement un rôle de refuge.

Dans le service, on nota encore pendant quelque temps une perplexité résiduelle mais avec une dénégation très hystérique de tout phénomène pathologique.

Elle sort au bout d'un mois après normalisation thymique et reprise du travail.

Ayant entre temps fait une courte dépression, 3 ans après, elle réintègre le service avec le certificat immédiat (1.2.64) :

"Etat dépressif atypique chez une personnalité névrotique - allure primitivement délirante de l'épisode actuel. Propos décousus. Thème de filiation. Néologismes pauvres. Syndromes xénopathiques. Problème d'une évolution discordante".

A l'entrée, on note : "attention très labile, fuyante, réponses à côté - distraction, ainsi qu'un certain degré de fuite des idées". Ce tableau pouvait en imposer pour une subconfusion.

Les préoccupations délirantes ne s'expriment pas franchement. Le contact à éclipses sous une tonalité froide de l'humeur est à la mesure de l'angoisse contenue. Elle exprime essentiellement sa perplexité sur sa famille, met en doute sa filiation. Son père qu'elle a cessé de voir à l'âge de 3 ans, n'est pas son père. S'interroge sur des bizarreries dans les conduites de son entourage et dans son milieu de travail. Pense qu'elle est venue à l'hôpital pour régler des affaires de famille. Ses parents sont à côté et en discutent.

Elle explicite mieux le lendemain son vécu oniroïde.

"Je suis tombée malade parce que mon beau-père voulait quitter ma mère. J'étais fatiguée dans mon travail. Les gens étaient bizarres. Ils étaient déguisés. On aurait dit qu'ils avaient des masques, comme les enfants pour le carnaval. A mon travail, ils étaient un peu moins gentils. Il y avait Christian (I) qui disait "passons par ici, par là, faisons çi et ça. Quand on est faible, on ne comprend pas ce qui se passe. J'étais toute déprimée. Je me suis sentie un jour complètement désabusée. Christian, j'ai l'impression que c'est mon demi-frère. Au restaurant, avec lui, tout était comme momifié. Les gens me fixaient pour voir ce que j'allais faire. Ils parlaient de moi en bien. Un jour, on a frappé à ma porte. C'étaient des amis de mon beau-père. Ils disaient que c'était pour régler des affaires de famille. C'est comme ça que je suis arrivée ici".

Le moment psychotique se situe ici à l'évidence. La destructuration de conscience apparaît en une véritable "Anastrophé" au sens de K. CONRAD, où le renversement des axes du vécu fixe le sujet au centre de sa propre angoisse et le renvoie à sa problématique.

(I) Un collègue de travail.

"Mon père, je ne l'ai jamais revu. Ce n'était pas mon père. Je pense que c'était un homme du monde. Un industriel milanais avec qui j'étais associée dans les affaires. Oui je crois que c'est lui. Ma mère d'ailleurs n'est peut-être pas ma mère. La Reine Margot ?".

Notons ici en passant que la Reine Margot revient fréquemment sans qu'on puisse affirmer si elle recouvre sa mère, elle-même, ou plus vraisemblablement les deux. De toute façon, la fascination que peut susciter ce personnage historique chez une hystérique apparaît évidente.

"La raison pour laquelle je suis ici c'est la mésentente de mon beau-père et de ma mère. Je suis sûre que mon grand-père a couché là (le lit d'une malade). Il se plaignait. Je l'ai vu comme je vous vois. Le problème c'est que mon frère soit un enfant légitimé par le mariage. Ca m'a déprimée d'être une fille de divorcés. Mon beau-père est avec ma mère depuis 22 ans. Il n'était pas gentil quand j'étais enfant. Il était plus gentil quand je suis devenue femme, mais je lui ai tendu des pièges. Il est correct avec moi parce qu'il est forcé".

La liaison avec le médecin étranger dure toujours et suscite toujours les mêmes ambivalences.

"Mon fiancé me dit : si t'es pas contente tu n'as qu'à retourner à Ste-Anne. J'en ai assez de toi. Il ne promet toujours de m'épouser mais je préférerais avoir des pouvoirs". "Pouvoir se permettre tout ce que l'on désire, Que ma famille soit heureuse, qu'il revienne et soit gentil. Je voudrais l'épouser. Quand il vient à Paris, nous allons dans une petite chambre. Chez moi, je couche avec mon petit frère, ma mère avec mon beau-père. Ca fait des histoires.

Mon père, celui qu'on simulait pour mon père, on disait que c'était mon père, c'est un étranger, je l'ai su d'instinct.

C'est tout ce que j'ai à dire".

Les propos sont empreints d'une certaine monotonie, froide, résignée. Ils sont proférés d'une voix basse, fragile, comme si elle n'était pas concernée.

La mère nous rapporte les circonstances et le mode de début :

"Elle a eu des contrariétés dans son travail avec baisse de salaire. Son amant ne vient la voir que tous les 15 jours et ils auraient eu la dernière fois une dispute sévère comme toujours".

Deux jours avant l'hospitalisation se sentait fatiguée, n'a pas été travaillée et assez brutalement semble-t-il entre dans l'état oniroïde : "elle a entendu De Gaulle, le Shah d'Iran, tout son passé lui est revenu à l'esprit".

A noter la logorrhée envahissante de la mère, le niveau assez stéréotypé de ses propos style "presse du coeur" et l'infantilisme qu'elle entretient dans ses relations avec sa fille.

Le 17.2.64 - Plus calme, son attention retrouve un certain degré de discrimination épicritique, mais elle critique mal l'épisode délirant, non pas sur le mode de la perplexité résiduelle ou d'une néoréalité cicatricielle, mais plutôt du fait d'une dénégation typiquement hystérique.

Elle critique néanmoins ses thèmes de filiation et l'industriel qui aurait été son père est effectivement une liaison ancienne qu'elle a eu il y a 9 ans alors qu'elle était manucure.

Mais critique du bout des lèvres, comme à regret.

Le 29.2.64 - Il est noté :

Critique toujours "partielle" de l'épisode aigu. Tendance à généraliser les faits, à s'y mouvoir sans gêne devant les contradictions logiques. Fond d'euphorie avec contentement de soi et discrète complaisance maniérée s'exprimant dans des attitudes de coquetterie séductrice. Sait que son amant va retourner définitivement dans son pays. Veut bien le suivre, mais ...

Sort le 21.3 bien stabilisée.

Il est remarquable de noter que la sédation de l'épisode délirant se fait parallèlement à la restructuration d'un ordre hystérique de l'existence. La tonalité thymique froide, résignée du sujet anéanti par le vide de sa remise en question fait place à l'euphorie complaisante d'une image de soi qui se réinvestit. Le contact perdu dans la fascination de la pensée par elle-même en un vertige qu'engendre son propre vide se retrouve à travers le truchement d'une

coquetterie trop érotisée, appelant le désir de l'autre comme vitale rassurance.

Les moments psychotiques se rapportent ici à des états oniroïdes proches dans leur structure de l'Obs. III, mais restent en deça ici de la dépossession extatique de soi.

S'il est difficile de retrouver dans le télescopage temporel du vécu exprimé l'exacte précession des phénomènes, il apparaît d'après les dires de la mère et d'elle-même ensuite que tout commence par une phase de nervosité et de méditation. Phase dépressive déjà infiltrée d'un vertige angoissant où se bloquent les axes référentiels du vécu. Dans son travail, immédiatement après la remise d'un salaire dévalorisé et dévalorisant, les valeurs sensibles du champ phénoménal se bouleversent. "En sortant de la caisse, je trouvais les gens bizarres dans leurs attitudes ... Les amis de mon beau-père parlaient d'affaires de famille". L'ensemble du réseau des impressions extérieures se cristallise en une angoissante actualité immédiate de l'instant vécu.

Rien ne se pose encore, mais dans l'inquiétude itérative de sa propre remise en question, brutalement les axes se renversent, l'ambiance devient lourde de significations étranges, cernant le sujet concentriquement. La scène du restaurant est ici très évocatrice de cette convergence des visages "momifiés" par la coagulation de l'espace vécu.

L'état oniroïde éclate brusquement comme une libération dramatique où l'angoissant échec de l'idéal du moi tente de se neutraliser dans l'objectivation.

L'impossible identification se réalise dans une intuitive conviction. Les phantasmes oedipiens sur son ancien amant "paternel" deviennent certitude. Mais certitude fragile, conjecturale, car nous ne sommes pas ici à un niveau profond

de destructuration et l'angoisse se renvoie à elle-même au centre du conflit de l'identification.
Jeu dramatique pour elle-même, oscillant de la mythomanie pitoyable "mon père un riche homme du monde" à la panique hypnotisation de la "dénégation inversée" que cela représente aussi.

L'angoisse sera longue à contrôler, la critique difficile à obtenir du fait d'une véritable scotomisation extensive, absorbant même les difficultés que laisse le reflux psychotique : un moi pauvre, l'immaturation affective, la fixation à une mère hyperprotectrice, la fragilité de tout investissement d'objet et l'artificiel de ses relations affectives avec son amant.

Elle reviendra en 66 pour état excitatif où la destructuration de conscience restera au niveau maniaque temporal éthique, sans verser dans le délire "moi je suis très bien, ce sont les autres qui sont épouvantablement lents". Etat pseudo maniaque en rapport avec une toxicomanie à l'amphétamine récente. Signalons anecdotiquement qu'elle couche avec la photo de son amant sous l'oreiller, fait qu'elle dissimule soigneusement.

OBS. V - MAL... Gilberte, 33 ans, manutentionnaire.

Cette observation a été également prise comme exemple dans le rapport du Docteur Follin sur les états oniroïdes au"Congrès de Nancy".

Est hospitalisée la première fois en 1950. Nous avons peu de renseignements mais le certificat immédiat décrit :
"Excitation psychique confusionnelle, logorrhée, fuite des idées, incohérence, idées délirantes mobiles, imprécises et polymorphes, de persécution, d'influence, de mysticisme, d'érotisme.
Gros troubles de l'attention. Eléments oniriques, hallucinations auditives. Egarement. Désordre des actes. Théatralisme. Mobilité de l'humeur. Agitation. Fatigue générale".

Le mari, sur une demande imprimée de renseignements, répond que les troubles ont commencé le 23 Novembre au soir, que 8 jours auparavant elle était très préoccupée au sujet d'une lettre de réclamation laissée sans réponse, et attribue cette maladie à une contrariété dans son travail, à un manque d'appétit et à une malformation des organes génitaux (sic).

Elle est hospitalisée le 22 Février 62 sur le diagnostic de placement de délire aigu. Cliniquement, il s'agit à l'évidence d'un état oniroïde.

Le 15, se met à crier, se plaignant d'avoir mal dans les jambes et les pieds. Elle est alors hospitalisée en rhumatologie à Tenon où elle se plaignait de violentes douleurs à la jambe et exigeait qu'on lui coupât le gros orteil. Elle avait alors toute sa lucidité, dit sa mère. Au bout de 4 jours d'hospitalisation, apparaissent crépuscularité de conscience et délire flou d'emprisonnement rapidement intolérable pour le service qui la transfère en réquisitoire.

Le symbolisme de la demande primitive se révèle ici si évident qu'il nous apparaît préférable de détailler les éléments biographiques plutôt que d'étudier la structure oniroïde qui céda d'ailleurs rapidement pour faire place à un état dépressif tenace.

Né le 26.3.28, 4ème d'une famille de 7 enfants. Père exerçant la profession de passementier, en bonne santé apparente, ainsi que la mère. Notons accessoirement que son oncle, frère de son père, avait tué sa femme dans une crise de jalousie éthylique.

Prime enfance sans problème semble-t-il. Allaitement jusqu'à un an. Va à l'école jusqu'à 14 ans et y décroche son C.E.P. Elle est mise 3 ans en apprentissage dans une école de couture, non sanctionnés par un C.A.P., car instable, et travaille ensuite deux ans dans une maison de couture puis en fabrique.

Sa mère remarque que ce fut une enfant plus sensible que les autres, un peu peureuse, très réservée "elle nous cachait tout parce qu'elle nous aimait trop". Elle est restée longtemps petite fille, d'une naïveté manifestement entretenue par la famille dont son père pour qui elle était la préférée. Elle en parle d'ailleurs dans son "journal" comme "de son cher Papa qui l'appelle sa petite blondinette".

A 18 ans, au décours du mariage de sa soeur, commence à fréquenter son futur mari. Roger était un voisin d'une dizaine d'années son ainé et qui la choisit en disant : "Tu seras ma petite fille". Elle décrit d'ailleurs son idylle dans son journal en des termes démarqués du pire roman rose; Roman que son futur mari vivait d'ailleurs comme un ballet de même couleur. Il l'emmena plusieurs fois à l'hôtel pour "l'initier" se contentant de pratiquer masturbations mutuelles; "cela me bouleversa énormément" nota-t-elle. Elle poussa au mariage malgré l'inauthenticité d'une liaison déjà orageuse et les réticences ouvertes du futur qui, le jour du mariage, alors que tout le monde était prêt, était encore au lit d'où il fallût le tirer. La nuit de noces ne fut pas consommée "on est des humains, pas des brutes", lui expliqua-t-il. Une tentative fut faite une semaine plus tard et devant la douleur exprimée par sa femme, le mari ne revint plus jamais à la charge, du moins par les voies normales.

Il s'en justifiait par des déclarations d'amour et du style : "Je ne veux pas que tu aies mal comme la première fois, je ne veux pas t'entendre crier et devenir violette", "tu as le vagin trop étroit". Devant son désir d'avoir quand même des enfants : "un mari qui aime sa femme ne lui fait pas d'enfants". Elle le crut, car, dit-elle, "je l'aimais". Et les paroles d'amour de son mari lui importaient plus que le reste. Quel était d'ailleurs ce reste ? D'abord des propositions, toujours exprimées de façon menaçante, de sodomisations auxquelles elle s'est toujours refusée avec une véhémence panique. Refus d'ailleurs fortement culpabilisée. Ensuite, attouchements masturbatoires du mari pour sa femme, mais non réciproquement. Elle ignora, du moins le voulut-elle, comment il prenait son plaisir.

Une telle situation fut acceptée tant que son mari la justifiait au nom de l'"amour", mais fut rapidement intolérable quand son mari assumant mieux son sadisme, l'en

rendit agressivement responsable. Elle consultait alors un gynécologue qui, dans la jubilation du mari qui n'en espérait pas tant, lui découvrit un utérus bifide.

Une telle contestation "objective" de son identité en tant qu'être sexué déjà phantasmatiquement fragile, achève de décompenser son angoisse culpabilisante. Celle-ci, à la faveur d'une baisse des défenses qu'entraîna une pneumonie, se résolut en l'état oniroïde pour lequel elle fut hospitalisée la première fois en 1950.

A son retour, elle arrête de travailler. Mais son hospitalisation mit dans les mains du mari un instrument de torture supplémentaire. Les pratiques sexuelles deviennent plus brutales et exigeantes. Il se met en outre à boire, l'injurie et invoque son mépris pour les femmes. Il amenait sans cesse des copains et leur proposait sa femme. Mais la façade extérieure du couple était maintenue et le mari aurait menacé de la tuer si elle voulait révéler à quiconque leurs relations intimes.

En 1959, elle présente de nombreuses "crises nerveuses" avec évanouissements à son usine, mais l'appel fut semble-t-il médicalement reconnu. Ultérieurement, s'insère la notion d'une séduction homosexuelle de la part d'une camarade d'usine. L'excitation et l'angoisse s'ajoutant à sa problématique conjugale, cette situation critique aboutit à une tentative de suicide en Septembre 61.

Elle se confie alors à sa mère, revient chez ses parents, et s'engage comme fille de salle dans un hôpital. Le divorce est entrepris.

Cette situation précaire se maintient quelque temps dans le retour en milieu familial. Mais se retrouve confrontée avec la patence de son échec. Echec de sa tentative d'adultisation par son mariage pathogène avec un homme certes "pré-choisi", mais qui néanmoins détruisit systématiquement en elle toutes ses tentatives d'aménager une image de soi structuré. Echec qui la renvoie à la confrontation de son ambivalence fondamentale, à sa propre culpabilité, à l'impossibilité de sa dialectique phallique.

Après une tentative de résolution symbolique de son conflit : "Je veux qu'on me coupe le gros orteil qui me fait mal", choisit ensuite de le "follement nier" dans l'épreuve oniroïde qui l'amène de Février à Juillet 62. Durant son hospitalisation, elle fera d'ailleurs de nombreuses crises d'attaque hystérique avec clasticité absolument typique.

Rechute en Octobre 64 où il est noté sur le certificat de placement : "Nouvelle bouffée délirante oniroïde à l'occasion d'une réactivation en rapport avec son divorce. Se sent incapable de fournir les preuves qui lui sont réclamées par son avocat. Ruminations nouvelles à propos de preuves délirantes à fournir : qu'elle est normale psychiquement, qu'elle est normalement constituée au point de vue gynécologique. Thème d'influence : elle est envoutée, droguée, afin qu'elle ne puisse faire face à la situation. Depuis 48 heures, insomnie, anorexie, subexcitation. Attention variable et mobile".

Sa mère nous en rapporte les circonstances.

Son avocat lui ayant dit que son mari a choisi comme défense de la faire passer pour malade mentale, a demandé en retour de fournir des preuves de ses propres griefs. Elle s'y tracasse évidemment beaucoup, perd le sommeil et l'appétit et dans la soirée du surlendemain interprète à la TV les paroles du speaker, fait les demandes et les réponses et se déclenche le vécu oniroïde dans une atmosphère de complot persécutif qu'elle décrit ainsi :

"Je voyais les gens drôles, ce n'était pourtant pas des hallucinations ou des idées. Je ne crois pas. J'avais l'impression qu'on faisait une enquête, que la clinique où je travaille était piégée, qu'il y avait des inspecteurs partout. On voulait me rendre folle, on parlait de toutes sortes de choses. Je ne pense pas que ce soit des idées, sinon je serais complètement folle".

La thématique déroulée fait apparaître que maintenant les possibilités déjà médiocres de s'ériger un personnage acceptable sont maintenant obérées de la dévalorisation supplémentaire qu'entraînent ses accès de "folie".

Mais peut-être dévalorisation ambiguë. La demande de l'avocat a évidemment rendus nuls et non avenus les pauvres mécanismes de défense qu'elle a pu constituer, tant du fait de l'irruption des pulsions que la recherche de "preuves" déclenche, que de la dramatique confrontation entre la réalité et l'image de soi désirée.

Le moi s'effondre de nouveau, mais peut-être maintenant selon un mécanisme de "facilitation" hystérique au sens classique du terme, ou bien comme un passage à l'acte psychotique dans une réaction insensée à l'aventure redoutée.

La stabilisation sera longue à obtenir et dix jours après l'accès, reste encore perplexe et l'on note : "D'abord c'est du cinéma en bas, tout le monde se regarde et quand je

lis un livre, ça me concerne, j'ai l'impression que c'est pour moi, c'est pas des hallucinations pourtant .."

Elle est de nouveau réhospitalisée en Mai 65 pour un état crépusculaire typique, sans élaboration délirante, avec perplexité anxieuse sans confusion et turbulence avec subexcitation verbale.

Elle y est alors testée (MMPI et Rorschach) et l'interprétation des résultats montre que : "Le MMPI est très perturbé, évoquant un état psychotique aigu dont le Rorschach montre qu'il n'est pas schizophrénique. Il s'agit vraisemblablement d'une bouffée délirante dont la structure apparaît comme hystérique. Le Rorschach est très proche de celui des hystéries de conversion, mais pas plus qu'au MMPI, on n'y retrouve de façon nette les signes d'un caractère hystérique".

L'absence de caractère hystérique (au sens névrose de caractère) nous apparaît ici une notion importante car il apparaît que, d'une part, les caractérielles hystériques, surtout organisées selon un ordre psychopathique de l'existence, sont remarquablement à l'abri des décompensations psychotiques, d'autre part que la "caractérialisation" semble le mode de guérison le plus stable sinon le plus authentique des accès psychotiques hystériques.

Il s'agit ici donc d'une psychose périodique dont la clé ne peut être trouvée que dans l'analyse conjoncturale de la trajectoire de la personnalité.

Immature affective typique aux investissements massifs et peu mobiles; un moi structuré faible, peu en rapport avec une image de soi romanesquement désirée. Personnalité inachevée qui réalise son drame profond en un mariage pathologique et pathogène. Son personnage de femme s'y trouve immédiatement contesté, les affects distordus. Un fragile aménagement s'y construit dans la dénégation et le masochisme. Mais la

découverte d'un utérus bifide réifie les phantasmes et devient la preuve insoutenable qu'aucun mécanisme de défense ne peut revêtir. La solution oniroïde ou altération du personnage structuré et désorganisation de conscience s'engage en une angoisse objectivante, apparaît avec sa thématique délirante en référence avec les problèmes actuels. Dans le bouleversement théatral de la situation vécue, la variabilité scénique prend ici fonction d'appel à l'autre en une recherche spéculaire de sécurisation.

La structure hystérique est patente dans l'offre signifiante, théâtrale et variable de ses thèmes, symptômes et conduite en milieu hospitalier. Elle est corroborée d'autre part par l'existence de crises hystéro-pathiques typiques dans les périodes intercritiques.

La répétition des épisodes nous apparaît ici devoir mieux s'expliquer dans le cadre d'une sorte de "compulsion de répétition" que dans l'hypothèse d'une endogénéité maniaque-dépressive plus ou moins atypique. Jamais également le moi structurant,le Je n'est remis en question. La réalité est malgré tout toujours appréhendée dans sa consistance. Jamais l'angoisse ne se refroidit dans la constitution d'un autisme colmatant une discordance profonde. Il s'agit bien là d'une psychose aiguë hystérique, laissant hélas le pronostic à la conjoncture.

Suivie ultérieurement en post-cure, elle oscillera de l'orthothymie hyperprotégée à des phases d'asthénie dépressive, dont l'une nécessitera une hospitalisation de courte durée en Avril 67.

Elle réagit en effet à son divorce selon une dépression du type "deuil" témoignant de son ambivalence vis-à-vis de l'objet perdu, ambivalence fragilisant l'établissement de toute nouvelle relation en l'infiltrant d'une angoisse directement éprouvée.

La rassurance en post-cure est alors par elle rendue impérativement nécessaire et ressentie presque clairement comme barrière contre l'effondrement psychotique.

OBS. VI - PRA... Jacqueline, 29 ans, sans profession

Entre dans le service le 8.3.65 avec le certificat immédiat suivant :

"Bouffée délirante avec éléments polymorphes. Incohérences, volubilité, orientation correcte".

Excitée, déambulante, elle s'exprime sans réticence, voire même avec une manifeste complaisance. L'exaltation dysphorique, son anxiété de catastrophe vécue dans l'angoisse itérative de sa culpabilité sont évidentes. La complaisance du récit et les attitudes de coquetterie adaptée, se situent manifestement dans le champ relationnel hystérique.

"Je ne voyais que par la Vierge... Ils m'ont mise à bout et tout le monde me taquinait ... Alors j'ai craqué ... J'ai trompé mon mari le jour du mardi gras et je ne voulais pas lui dire ... J'ai une confiance énorme, d'ailleurs, j'ai avalé une médaille ... Ca fait deux mois que je dors mal ... Tout de suite après les fêtes de fin d'année, ça me travaillait... J'avais tout le temps ce bonhomme devant les yeux. La nuit, il m'obsédait et cela je ne l'ai pas dit à mon mari. J'ai tenu jusqu'au Mardi gras ... J'ai été le chercher... Il est boucher et me faisait des propositions tout le temps ... Je croyais que tout le monde me dévisageait ... J'étais assez coquette, je faisais tout pour ramener mon mari à moi, il était très fatigué, très énervé, je savais qu'il travaillait dur. J'ai tout fait pour oublier. Mais pour mon mari, il n'y avait que la chasse, pendant ce temps, je restais avec maman. Je ne lui faisais pas de réflexions. Depuis l'été dernier, je n'en finissais plus de penser à ce garçon. Cette année, j'ai dit à mon mari qu'il pouvait rester à la maison plutôt que d'aller à la chasse "mais tu ne crois pas que je vais rester là à t'adorer" ... J'avais l'impression que les gens me dévisageaient ... J'ai tout laissé tomber le jour du mardi gras parce que j'avais besoin d'amour. J'aimais ce garçon, alors je lui ai dit "faut s'expliquer". Alors il a couché avec moi... Moi sans arrière pensée (sic).

Le lendemain mercredi, je n'ai pas conduit mon fils à l'école. J'avais peur de ce garçon, du boucher, j'avais peur qu'il me tue. J'ai senti que j'allais partir, j'ai demandé de l'eau à mon gamin, c'est lui qui m'a sauvée. Je Je sentais que j'avais mal fait avec ce garçon. J'ai pris de l'eau de Lourdes, je faisais des prières sans arrêt et j'ai promis d'aller à Lourdes si je guérissais et puis j'ai avalé la médaille de la Vierge et mon coeur l'a digérée. Je ne pensais plus qu'au Bon Dieu et plus à mon ménage. C'est

un histoire bête. Je croyais mon mariage annulé à Rome et que j'étais une sainte. Je l'ai dit à mon mari que j'avais couché avec un autre. Il s'en doutait d'ailleurs car je chantais de petites chansonnettes "la, la, la" et il n'a rien fait pour me rattraper. Il a pleuré, il ne sait plus que faire ... Hier, oh ! (change de registre thymique) il m'a apporté tout ce que je voulais, je suis contente.

Alors que sur le plan sexuel ça allait (?)... C'est la tendresse qui me manquait ... Le soir, il prenait un livre. Il ne fallait rien lui dire, sinon il s'emportait. Je voudrais qu'il change de caractère, il est autoritaire, il faudrait qu'il s'assouplisse un peu, il est dur comme le fer. Il a besoin aussi de repos, de vraies vacances".

Elle termine son discours en exprimant le désir d'"être reconnue pour elle-même".

Sa biographie nous révèle :

Son père, mineur en retraite "est bonne pâte comme moi".

Sa mère, autoritaire, régentait tout "elle a fait de la dépression et a été hospitalisée deux fois".

Troisième d'une fratrie de 7 enfants. "Je me suis sacrifiée, j'ai tout donné, je faisais la cuisine pour tout le monde".

Scolarité jusqu'à 17 ans, avec B.E.

Mariée depuis 6 ans. Etait téléphoniste et depuis son mariage ne travaille plus.

On ne note pas d'antécédents personnels en dehors d'une fatigue avec insomnie il y a deux ans, mais nous n'avons pas de détails complémentaires.

L'état oniroïde s'éclaircit assez rapidement sous thérapeutique. "Je ne sais pas ce qui s'est passé, je croyais voir la Vierge qui voulait me punir. C'était comme un rêve éveillé",

mais elle reste néanmoins un peu anxieuse et hypersthénique.

Elle sort fin Mars mais scotomise la prise d'une médication d'entretien et est réhospitalisée en Octobre 65, dans une symptomatologie strictement identique où l'on note dans le certificat immédiat :

"Bouffée oniroïde - éclosion correspondant à l'arrêt de traitement. Extériorisation d'une thématique intriquée mystique et érotique. Hallucinations polysensorielles. Visions célestes. Attitude de prière. Syndrome d'influence : hypnotisation par le regard d'autrui. Variation du niveau de conscience. Réponses diffluentes et gansériennes".

Cet état se stabilise rapidement laissant un résidu dépressif. Au décours, il lui a été fait MMPI et Rorschach dont les conclusions révèlent "ni structure névrotique constituée ni état psychotique actuel. Cependant, un manque relatif de résonnance affective profonde, une certaine tendance à la stéréotypie et une crainte de l'image virile qui rappellent la personnalité hystérique. Ce diagnostic se trouve confirmé par l'élévation de K au MMPI".

Madame P... avait réussi jusque là à protéger son immaturité et sa problématique en aménageant sa vie dans la protection du milieu familial, tolérant dans le masochisme "je me suis toujours sacrifiée" sa sourde agressivité compétitive contre sa mère "trop autoritaire"; puis ensuite dans une vie conjugale "sans histoires". Sans histoires mais elle se trouve alors confrontée avec sa propre angoisse et ambivalence devant un mari trop phallique à son gré "il est dur comme le fer, je voudrais qu'il s'assouplisse" et qui ne sait répondre à sa demande.

Si elle a certes impérativement investi sur son mari, ses fantasmes sont néanmoins restés en quête d'objet et le garçon boucher (I) par ses galanteries leur a permis de se fixer. Polarisation où va se poser dans l'angoisse le drame hystérique de la scission entre l'objet de la demande et l'objet du désir. Angoisse qui ne se résoud que dans un équivalent de passage à l'acte "J'ai été le trouver". Dès lors, se pose le drame. Elle ne peut plus échapper aux menaces du rapprochement objectal dangereux et à la réalité de ses pulsions propres. Les défenses prépsychotiques s'effondrent et

---

(I) On pourrait épiloguer sur le choix d'un boucher et les résonnances que ses activités peuvent avoir chez une hystérique.

l'angoisse surgit au sein d'un état crépusculaire oniroïde. Rupture catastrophique vécue dans l'altération de son personnage constitué, de cette fragile image de soi, trop bien protégée jusqu'à maintenant.

L'angoisse objectivante déroule ses thèmes de culpabilité sexuelle et sa tentative de résolution en l'identification archaïque à la Vierge dans une dichotomie très kleinienne; bon objet introjecté "j'ai avalé la médaille et je suis protégée" mais aussi menaçant.

La culpabilité n'est pas annulée et elle est renvoyée à l'angoissante réalité toujours présente dans le champ de sa conscience, quêtant une image de soi rassurante dans le jeu spéculaire avec autrui, offrant pour ainsi dire sa maladie au Désir de l'autre.

Rapidement stabilisée par une thérapeutique poursuivie en post-cure, Madame P... se maintient actuellement en "pleine forme" bien étayée par la stabilité de l'entourage.

OBS. VII - MAM... Onorina, 39 ans, employée de maison

Melle MAM... entre dans le service le 10.6.63 avec le certificat immédiat suivant :

"Episode délirant mystique. Exaltation, expérience de vision céleste, médiocrité de fond".

Très agitée pendant la nuit malgré de fortes doses de neuroleptiques, elle se présente le matin d'abord somnolente, puis rapidement sthénique, la voix cassée d'avoir hurlé toute la nuit.

D'emblée, elle extériorise son délire, y incluant l'assistance, dans une atmosphère nettement histrionique :

"Je vis la Passion du Christ". L'infirmière doit affirmer à voix haute qu'elle croit en Dieu. Le médecin, lui, la comprend, parce que manifestement il croit en Dieu. "Je crois parce que ma fille, non je me trompe, ma nièce, a été opérée à coeur ouvert, ça c'est un miracle, nous devons croire en Dieu".

Le discours pathétique, haché de gesticulations, mimiques et interjections, visant à traduire l'ineffable vécu, se déroule suivant un mode maniacoïde, tachyphemique et chantant avec persévération pseudo-echolalique. "Je crois, je crois, je crois", "je suis dans les nuages, je crois, je crois. J'ai l'impression d'être dans les nuages".

Contrastant avec ce flux intensément et immédiatement vécu, l'orientation temporospatiale est excellente, elle se souvient parfaitement des circonstances de son hospitalisation.

A travers cette pseudo-incohérence qui traduit le bouleversement kaléidoscopique du champ de conscience, il semble que l'on puisse retrouver une certaine séquence chronologique des moments ineffables qui se poursuivent encore : Le vendredi, il y a huit jours, elle aurait eu une déception sentimentale. Le lendemain, décide d'offrir ses souffrances pour l'agonie du Pape (I).

Le Dimanche (de la Pentecôte), elle reçoit l'esprit saint puis les jours suivants va vivre la Passion du Christ.

Aujourd'hui, elle voit la Cène dans la réunion des malades autour de la table centrale.

(I) Ceci se passait au moment de la mort de Jean XXIII.

Cette "spatialisation hallucinatoire du monde subjectif" est vécue, comme il est de règle, intensément et dramatiquement, mais son champ perceptif isole néanmoins avec beaucoup d'acuité certains personnages électifs (médecin, infirmières) investis comme observateurs et dont leurs conduites testimoniales règlent en retour le déroulement expressif du délire.

Le surlendemain, un peu plus calme, elle reste encore très oniroïde encore que les transformations extatiques aient perdu de leur acuité.

"Hier, j'étais très bien pendant un moment puis je suis de nouveau dans les nuages, je vois quelque chose devant moi qui est comme un voile surnaturel. J'ai vécu vraiment ce que Jésus a vécu. J'ai ressenti ce que le Christ a ressenti. Quelles souffrances. J'essaie de m'en souvenir pour pouvoir le raconter, mais je suis étourdie, j'ai pêché par étourderie".

Elle-même maintenant et sa soeur aînée nous précise sa biographie :

Née en 1923, en Lorraine, d'une famille de mineurs italiens. Le Père très doux et très gentil avait une nette préférence pour elle. Il était croyant mais pas exagérément et un peu éthylique. Il est décédé dans un accident de voiture en 1945. Ce fut un gros choc pour elle et la malade nous rapporte :
"Il était très croyant, il est vraiment comme un saint".

La mère vit seule actuellement en Lorraine. Brave, mais sans beaucoup d'affection, nous dit la soeur ainée. Elle aurait été soignée pour les nerfs et Melle M... nous affirme "elle était dans les nuages elle-aussi", avec des périodes où elle était triste, fatiguée, toujours en pleurs ou en prières.

Signalons en outre que la mère était désolée de n'avoir que des filles et aurait souhaité que le second enfant (notre malade) fut un garçon. Les 3 soeurs ont toujours vécu en bonne entente.

Sa prime jeunesse se serait déroulée sans encombre apparent et sa soeur ainée nous la décrit comme une enfant gaie, avec beaucoup de camarades mais très sensible avec de nombreuses terreurs nocturnes.

Ecole communale jusqu'à 14 ans où elle décroche son C.E.P.

Elle aurait bien travaillé jusqu'à l'âge de 11 ans, date à laquelle la malade situe une discussion (rétrospectivement ?) grave avec son père : elle aurait émis quelques doutes sur l'existence de Dieu "Je l'ai blessé et après j'ai porté cela comme un handicap, cela me gênait en tout".

Pensionnaire jusqu'à 19 ans dans une école professionnelle tenue par des Soeurs. Elle était très sage, n'allait pas au bal "ça ne m'intéressait pas".

A 19 ans, se place comme employée de maison dans un café. Vie assez solitaire. Elle a quelques amies parmi les filles du pays mais pas de flirt. "Le hasard n'a pas voulu".

A 20 ans, elle monte à Paris pour se placer comme bonne à tout faire.

De ce moment à l'époque actuelle, soit pendant 20 ans, elle fait 5 places successives, changeant parfois sans raisons très évidentes, mais sans qu'on puisse parler d'instabilité vraie.

Sa vie est toujours assez solitaire, sortant quelquefois avec des amies mais sans relation masculine, rétrécissant en fait sa vie relationnelle dans ses visites à sa soeur.

Vie que sa soeur ainée résume ainsi : "Elle n'a jamais eu de chance. Elle a raté son examen au Comptoir d'Escompte, n'a pas de logement personnel, ne s'est pas mariée, etc... assez indépendante, plutôt garçon de caractère".

Quand il y a un an, le beau-frère de sa soeur ainée devient veuf. Or, elle l'avait remarqué depuis longtemps. "C'était dans les desseins de Dieu, c'était mon chemin". Elle espère lui plaire mais sans tentative de rapprochement, quand elle apprend il y a quelques semaines que ce garçon fréquente une autre fille.

Elle s'arrange alors pour provoquer une série de coïncidences où elle finit par se trouver seule avec lui et, ce qu'elle définit dans une remarquable formule partielle : "Ce soit là, je l'ai vu".

Union qui ne lui apporta évidemment aucune révélation mais elle s'enquit néanmoins de savoir quels étaient ses projets de mariage à moyen terme. Celui-ci éluda puis il lui envoya une belle lettre où il lui expliqua "qu'il faut souffrir pour aimer et qu'il ne veut pas l'épouser parce qu'il veut une fille de tête, ce qu'elle n'est pas" (sic). Ceci se passait un vendredi.

"Ce fut un grand choc pour moi" dit-elle. Dès lors, va s'entamer le processus d'entrée dans la psychose.

"Quand je me suis vue abandonnée, je me suis vue comme le Christ en croix". Après une semaine de méditation délirante, brusquement, le samedi suivant, "elle reçoit l'esprit saint". Vers 11 h. du matin, j'avais la fenêtre ouverte, plus je voulais la refermer, plus elle s'ouvrait davantage". Elle se met à penser "est-ce possible ? est-ce moi ? est-ce que je mérite ça ?" et sent un changement en elle qui va se prolonger une semaine.

"Je sentais que quelque chose allait se passer, moi seule avait changé, je voyais les choses mieux, de façon plus définie et plus jolie".

Elle continue néanmoins à travailler, pensant sans cesse à l'esprit de sacrifice et à l'amour de Dieu : "Je m'étais toujours posé le problème du corps et de l'âme, parce que je n'ai jamais eu une foi profonde". Dans la rue, elle pensait : "les gens ne savent pas que je suis changée moi-même".

Le samedi suivant, chez le coiffeur, en lisant un numéro de magazine consacré à Jean XXIII, elle constate qu'elle est née le 11 Novembre (date d'ouverture du Concile), en 1923, comme le XXIII de Jean.

Elle décide alors de rester sous le séchoir, alors qu'elle déteste ca, pour Jeanne d'Arc, et de changer de nom à cause de Jeanine Charrat (danseuse brûlée) et de s'appeler dorénavant Jeanine qui est aussi le prénon de sa 3ème soeur. Le soir, elle voit une lumière au sommet des immeubles, c'est une bénédiction qu'elle a méritée, et se met à crier. Elle crie d'ailleurs tellement fort qu'elle tombe sous la loi de 1838.

Cette psychose nous apparaît ici intéressante dans la mesure où le diagnostic au début pouvait se laisser égarer vers un état maniaque. Mais l'analyse nous montre que la désorganisation temporelle-éthique n'est qu'implicite. Ni la festivité ni l'ouverture infinie vers l'avenir ne constituent l'essentiel du vécu délirant, lequel se situe dans une Erlebniss ineffable d'union divine, où certes tout est enfin permis, mais qui est surtout éprouvée dans l'angoisse de la dépersonnalisation sous-jacente où l'évènement objectivé impose sa soudaineté et son incoercibilité.

Nous sommes au niveau d'un état oniroïde où les axes du vécu tendent à devenir centripètes, où la réalité

s'oblitère mais dans une altération ambiguë de la conscience où le flux quotidien de l'ambiance est éprouvé électivement dans la mesure où il renvoie l'image spéculaire fascinante de son personnage désiré désirant enfin réalisé.

Au 10ème jour, apparaissent les premiers doutes sur ses manifestations délirantes. "Il me semble que c'est peut-être un rêve ... mais ce n'est pas un rêve vraiment, je l'ai vécu. Est-ce une punition ou un honneur pour moi ?".

Interrogée sur son beau-frère.

"Ca c'est l'épreuve, je le visais (sic) depuis longtemps. Je pensais que Dieu me le donnerait après son veuvage. J'ai toujours pensé que si je ne me mariais pas, je voudrais connaître un garçon. Pourtant, je n'ai éprouvé aucune jouissance, il m'a dit que je devrais aller voir un docteur. Maintenant, si je ne marie pas, ça m'est égal. Mais si Dieu m'a donné ça (son expérience délirante) c'est quand même une récompense".

Sous thérapeutique, la perplexité ira s'étendant, la clivant même de ses moments les plus extatiques "ca a l'air d'être un rêve".

Elle persiste néanmoins à considérer ce qu'elle a vécu comme une épreuve. Mais apparaît maintenant un certain recouvrement entre le vécu de l'épreuve et l'épreuve du vécu (plus tard elle "normalisera" franchement en affirmant avoir été malade du fait de la volonté divine de punir un péché).

Péché que certains détails qu'elle nous fournit rendent révélateur. Elle affirme ainsi, parlant du garçon : "Pourtant il s'était rendu libre". Enfin, des descriptions physiques qu'elle donne de sa mère correspondent exactement à celles de la femme décédée du beau-frère en question.

Une critique satisfaisante sera longue à obtenir et ne se fera évidemment qu'au prix d'une résurgence de ses problèmes existentiels :

"On dirait que tout cela n'est pas arrivée, c'était un rêve éveillé. D'ailleurs j'ai gâché toute ma vie, je n'ai pas pu avoir un travail agréable, je ne suis pas encore mariée, j'ai tout raté".

Elle sort le 7.8.63, gardant encore un vague sentiment de culpabilité, se mettant toujours sous la protection d'un recours mystique un peu excessif.

Elle supportera d'ailleurs difficilement le contact extérieur et ne viendra se réfugier, franchement anxieuse, une semaine après sa sortie.

Elle organisera dès lors son existence dans une pauvreté relationnelle manifeste confinée entre son travail auquel elle se donne énormément, et ses visites chez sa soeur.

Son angoisse de culpabilité reste très vive et elle tentera de la combattre en réaménageant de façon plus névrotique l'ordre de son personnage, s'attribuant un rôle de missionnaire des âmes, non applicable dans l'actuel mais qu'elle souhaite ultérieurement réaliser.

Malgré la pauvreté de ce mécanisme de défense, elle se maintiendra cinq mois jusqu'à ce qu'une maladie de sa soeur ne réactive ses pulsions et ne la fasse de nouveau sombrer dans l'angoisse objectivante.

Elle est réhospitalisée en effet le 11.4.64 devant la récidive brutale d'une bouffée délirante oniroïde.

Son beau-frère décrit la chronologie des troubles : une semaine auparavant, sa soeur s'est fait opérer d'un décollement de la rétine aux Quinze-Vingts. Elle en a été terriblement impressionnée. Deux jours avant la crise, elle écrit une lettre assez incohérente où de discrètes tendances interprétatives se font jour. Elle accuse une de ses soeurs d'avoir mal reçu sa nièce ?

Dans la nuit de Samedi à Dimanche, elle se lève à 3 h. du matin, demande à son beau-frère de se mettre à genoux et de l'accompagner à la messe. Le lendemain, l'angoisse est à son acmé. Elle se met à crier "Dieu avant tout. J'ai fauté, je veux que tout le monde le sache". La destructuration oniroïde se tasse cette fois-ci rapidement et elle nous décrit :

"Je me suis imaginé que c'était ma faute, que je n'avais pas fait mes Pâques bien que je m'étais confessée. J'ai cru que j'avais fait un sacrilège, je voulais que mon beau-frère se confesse également ...

C'était comme une deuxième édition. J'avais l'impression d'être en communication avec le Saint-Esprit. J'exigeais que tout le monde se mette à genoux".

Rapidement améliorée, elle part en permission mais revient précipitamment en exprimant une angoisse assez significative :

"J'étais trop anxieuse, ma soeur s'est imaginé que j'avais été avec mon beau-frère pendant son absence. Ca m'a contrariée, d'autant que j'avais crié que j'avais pêché. Qu'elle ait pensé ça me contrarie, je crains de retomber malade".

Cette angoisse exprimée nous apparaît en effet traduire pratiquement "en clair" les séquences phantasmatiques qui ont conduit à l'épisode psychotique actuel.

Elle sort le 27 Juin mieux équilibrée que la première fois. Elle retravaille et prend des cours d'Italien : "étant d'origine italienne, je trouve ça amusant". Le personnage de missionnaire, bien que non abandonné, s'est malgré tout plus intellectualisé.

Elle reviendra néanmoins l'année suivante dans un tableau oniroïde franc identique à celui de la première hospitalisation.

L'observation note en effet : "Présentation très maniacoïde, logorrhée intarissable avec echolalie, sous-entendus, allusions ponctuées d'éclats de rire, mais l'ensemble est assez superficiel. Grimaces tragico comiques, brusques attitudes de pseudo sommeil d'où elle sort plus ou moins spontanément pour entrer dans une agressivité ludique elle-même vite résolutive.

L'interruption invigorative fait disparaître ces phénomènes pendant quelque temps où elle redevient présente et orthothymique. Le délire difficilement systématisable semble un mélange d'affirmation mystique et d'allusions salaces avec mimique appropriée.

"Quand on va à l'église, c'est pour prier Dieu et pas comme pour certains, pour faire des choses. Je ne vous précise pas, vous savez pour moi".

Interrogée néanmoins sur ses relations antérieures :

"Oh non, pas cette fois-ci. Cette fois-ci mon beau-frère m'a dit : il se passe quelque chose, moi, je n'ai rien dit. Ma soeur ainée a un cabanon du côté de Noisy. Oh, je suis fatiguée. Pourquoi il me dit ça ? J'ai besoin des autres, mais on a droit aussi à notre part de bonheur".

"Je me suis énervée car je me suis attrapée avec ma soeur au sujet de la crêche qui était mal placée. Elle s'est énervée et ça m'a choquée".

Ce moment déclenchant est effectivement confirmé par la soeur mais on ne retrouve pas cette fois-ci d'évènements extérieurs évidents qui puissent expliquer le déclenchement de la crise dont l'origine semble ici purement phantasmatique (sur le beau-frère ?).

L'état oniroïde s'atténue assez rapidement. Des tests projectifs lui sont alors pratiqués (MMPI - Rorschach) qui révèlent :

"Les épreuves de personnalité font évoquer la décompensation sur son décours d'une structure névrotique de type hystérique avec de graves problèmes d'adaptation psychosexuelle, une affectivité qui reste pauvre et teintée d'infantilisme. Cette personnalité reste susceptible par sa fragilité de se décompenser à nouveau sur le mode délirant à plus ou moins long terme, mais sans craindre une évolution de type dissociatif".

La convalescence sera longue, marquée par une phase dépressive traînante, centrée sur une intense culpabilité non défendue "j'ai peur de la punition, d'avoir des péchés mortels. Je préfère ne pas aller en permission car j'ai peur".

Là encore, la culpabilité se compensera progressivement par la reprise d'un état d'esprit missionnaire, moissonneuse d'âmes, de plus en plus rationnalisé.

Cette cicatrisation aidée du bon environnement professionnel permet sa sortie en de bonnes conditions et elle nous dira comme chute terminale : "J'ai l'impression de sortir d'un rêve, je ne comprends pas que j'ai été si loin dans l'imagination".

Cette observation nous paraît là extrêmement démonstrative, tant sur le plan statique du diagnostic que sur le plan dynamique du processus.

Le diagnostic pouvait, nous l'avons vu à la première présentation de la malade, s'égarer vers l'état maniaque, d'autant que l'état dépressif métapsychotique avec ses sentiments de culpabilité viendrait confirmer cette impression de "folie circulaire".

Certes, H. Ey a depuis longtemps démontré que le "fond" maniaque-dépressif est constamment présent, tout en demeurant à l'arrière plan des psychoses oniroïdes. La remarque paraît juste au niveau de l'altération temporelle-éthique, bien

que le fond maniaque ou dépressif de ses exemples de bouffées délirantes nous paraît se référer plus à la thématique du délire qu'à la cinétique du flux de conscience temporelle.

Chez Melle M.., le niveau maniaque se situe dans ce que l'élation de l'union mystique représente de dilatation temporelle et dévoration quasi-orgastique, mais ce qui en impose ici cliniquement n'est que l'incoercibilité, la variabilité, l'auto-résonnance du subjectif émancipé d'une pensée certes fascinée par elle-même mais qui se module aussi sur l'image que lui renvoie l'autre.

Le déroulement chronologique de l'accès psychotique nous montre ici clairement séparés deux stades de destructuration de conscience. Pendant une semaine, après avoir reçu "l'esprit saint" "moi seule avait changé"; la dépersonnalisation n'est pas ici éprouvée comme cette étrangeté un peu angoissante que vivent les psychasthènes, mais comme une dilatation "quasi gravidique" déjà mystiquement thématisée. Les axes du vécu basculent pour ainsi dire les uns après les autres au hasard du fortuit (avec le 23 - Jean XXIII), changeant l'ambiance d'angoisse diffuse (quelque chose allait se passer) jusqu'au point de rupture que constitue la désorganisation oniroïde où elle reçoit la lumière de rêve de Dieu-Père.

L'état oniroïde est alors évident par sa soudaineté, l'actualisation dramatique et la symbolisation du vécu. Elle se met alors à crier.

A un autre niveau, le même déroulement chronologique se retrouve également dans sa séquence fondamentale, conflit peur délire.

L'anecdote est ici son expérience puis le rapide abandon par le beau-frère. Mais le conflit n'est ici que signifiant. Nous avons au cours de cette observation montré

la signification directement oedipienne de son désir. L'échec était prévisible, le drame de la transgression s'y trouve implicité et recherché, mais il s'amplifie ici du meurtre phantasmatique de la mère en la personne de sa belle-soeur. La seule échappatoire possible devant cette "réalité" est sa négation dans l'affirmation délirante; négation par cette véritable "dénégation inversée" qu'est le délire oniroïde hystérique où dans l'union mystique avec Dieu le Père, par le truchement du Saint-Esprit, s'accomplit enfin le désiré redouté.

Mais à ce niveau de destructuration, la projection est imparfaite, l'angoisse de culpabilité ne se neutralise pas malgré le personnage où elle se cherche et nous cherche. Longtemps enrobée de mysticisme psychotique, elle apparaîtra dans toute sa prégnance quand la "déprojection" se fera. C'est secondairement qu'une élaboration plus névrotique la convertira en "missionnaire" qui rétablira un personnage constitué acceptable.

Jamais enfin, à quelque niveau ou à quelque moment évolutif que l'on soit, on ne pourra mettre en évidence de mise en question de l'identité profonde de la personne, d'anémagement discordant de l'angoisse.

Le drame de Melle M... se joue ici au niveau de sa structure hystérique que sa propre problématique rendra vulnérable en chargeant de pré significations archaïques et dangereuses ses rapports objectaux.

Doublement vulnérable d'ailleurs car sa structure est remarquable par son immaturité et par la faiblesse de ses mécanismes de défense qui n'y résistent pas.

Etre hystérique immature apparaît ainsi pour paraphraser Nachet-Racamier, SE faire assièger sur deux fronts à la fois.

Sa restructuration articulera d'une part la stabilisation du processus psychotique, d'autre part le rétablissement de l'ordre d'un personnage constitué réel, abandonnant le rôle de missionnaire qui lui servit d'aménagement post-psychotique de son image de soi.

Le retour à un rôle de bonne à tout faire se fait dans ce qui pourrait être appelé un mouvement structural de "modestie", exacte adéquation des possibilités de la personne aux nécessités existentielles. Cette rétraction, indispensable à la stabilité de la guérison est d'autant plus difficile à obtenir qu'elle s'oppose aux tensions propres de la personnalité hystérique, véritable boursouflure du personnage dont les vulnérabilités témoignent d'une "pathologie de l'orgueil" - (S. Follin) où les psychoses hystériques y sont souvent l'exemple privilégié.

OBS. VIII - Mme VAN... Anne-Marie, 28 ans, femme de service

Mme V... entre dans le service le 2.11.64 avec le certificat immédiat suivant :

"Bouffée délirante aiguë à la suite d'une "exposition à l'acide" : Nettoyage de W.C. avec de l'acide sulfurique. Depuis, c'est crue "enceinte avec menace de fausse couche et atteinte de cancer". Insomnie, apragmatisme récent".

A l'entrée, très anxieuse, excitée, elle présente une hyperémotivité labile très intense. Elle extériorise des préoccupations délirantes variables, non systématisées, peu cohérentes, à tendance xénophatique.

"J'ai peur de mourir, je fais une grossesse nerveuse, mais mon mari m'a mis un ver dans le ventre. Ce ver il l'a pris dans les colonies".

Des thèmes vaguement persécutifs affleurent de temps à autre, centrés sur le mari, vis-à-vis duquel elle exprime son ambivalence. Tantôt elle l'accuse de vouloir lui imposer des pratiques sexuelles "épouvantables", tantôt elle dit l'adorer et le réclame vivement. Sa belle-mère aussi est vécue tantôt comme une persécutrice qui la traite de folle, tantôt comme ne voulant que son bien.

Parfois, une certaine tendance à l'expansion apparaît nettement : "Tout ça m'est arrivé parce que tout le monde veut mon bien, je suis adorée de tout le monde".

Une certaine conscience de son état apparaît de façon transitoire :

"Je crois perdre la raison, je suis hystérique, rendez-moi ma conscience, je suis complètement piquée".

On ne met pas en évidence de syndrome d'influence ni de phénomènes hallucinatoires stricto-sensu en dehors d'une certaine tendance à l'extranéisation d'images hypnagogiques qu'elle critique néanmoins assez bien et parle du retour perpétuel des mêmes cauchemars.

Elle se présente au troisième jour dans un état toujours sensiblement identique, subexcitée, volubile, très théâtrale dans ses expressions et ses attitudes :

"Je veux voir un vrai médecin. Eh bien voilà, j'ai mis de l'acide dans les cabinets ... (s'essouffle, s'arrête en se plaignant d'un souffle au coeur). Ca fait des jours

que ça n'allait pas, tout le monde m'ennuyait, j'étais surmenée. Ma mère a été internée à la suite d'un choc, mon père est fatigué aussi ...

J'ai eu terriblement peur. Ecoutez Docteur, j'ai tout vu. Le cauchemar, si on m'avait aidée au lieu de m'enfoncer (sic).

Oui, j'ai fait un cauchemar, j'ai honte, je revois que mon mari voulait faire l'amour par derrière. J'ai un ver dans le ventre. Mon mari a attrapé ça aux colonies.

Vous savez, on est heureux, j'adore mon mari, mais c'est des racontars, des calomnies".

Les éléments fortuits de l'ambiance interrompent parfois ses discours tandis qu'elle les remarque avec beaucoup d'acuité. Puis le délire se déroule de nouveau :

"Je viens de mettre un enfant au monde. C'est mon mari qui m'a aidée, il me fallait un 2ème enfant pour que mon sang soit lavé. J'ai la syphilis. Je le sais depuis longtemps. Vous avez tous voulu me sauver, tout le monde m'aime, c'est pour réhabiliter ma mère".

Elle nous fournit quelques éléments biographiques assez banals :

- 28 ans - père retraité, asthmatique, mère déjà traitée pour dépression (?).

- 2ème d'une fratrie de 4 enfants.

- En pension de 4 à 7 ans, puis retourne chez ses parents.

"Je n'ai été à l'école que jusqu'à 11 ans, après j'ai été indisposée, après j'ai connu des types pour me faire passer mes envies, après on m'a fait connaître mon mari, je me suis mariée".

La fin de l'entretien révèle bien l'ambiguité de l'atteinte délirante :

"Je m'endors (mimique appropriée) ? J'ai inventé la chose du cancer. Mon enfant s'appelle Dominique".

Et si on l'interroge plus avant sur "l'accouchement" qu'elle vient d'avoir : "Allez arrêtez votre cinéma, vous racontez des histoires".

Au 10ème jour, malgré de fortes doses de neuroleptiques, l'état délirant est sensiblement identique, bien que les thèmes hypocondriaques passent au premier plan, traduisant ainsi la "désobjectivation" des sensations xénopathiques dans une réorganisation des espaces vécus :

"J'ai deux enfants, j'ai mis deux jumeaux au monde, mon mari m'a fait accoucher, j'ai tout vu, j'ai crié".

"C'est ma faute, j'avais des complexes. Je suis trouillarde, très émotive, et puis ma cicatrice j'en ai honte (elle a effectivement une cicatrice accidentelle visible sur le visage). J'ai une peur bleue du dentiste et du cancer ... Avec ma belle-mère je n'étais pas gentille, je suis une crâneuse, une prétentieuse. Mon père fait de l'asthme et je dois en faire aussi. J'ai peur de mourir à toutes les minutes. Je suis idiote".

"Ca va mieux quand je parle, est-ce que je vais m'en sortir ?"

Parallèlement, l'angoisse de culpabilité transsude plus facilement :

"Je reviens de loin. J'ai manqué mourir à cause de mon mari, parce que je l'aime. J'ai fait des choses que je n'aurais pas dû au début de mon mariage. Ma fille est-elle morte ? Je le rêve en des cauchemars terribles. Je rêve aussi que mon mari veut me faire ça par derrière. J'ai voulu me suicider avec l'acide pour nettoyer les WC. Quand j'étais petite, je faisais ça avec mon frère".

Elle nous parle de ses dents de sagesse et :

"Avant, je n'étais pas sage (pleurs). Je suis une putain, une putain, et ma fille ? Mes beaux-parents ne voulaient pas que je me marie, mais depuis que j'ai connu mon mari, je suis devenue sérieuse car je l'aimais".

La sédation de cet état de dysphorie délirante ne sera obtenue qu'au 20ème jour après quatre séances de sismothérapie.

"J'ai manqué de sommeil et ça m'a tapé sur le système. Maintenant, ça va beaucoup mieux, je m'ennuie de ma fille. Je ne sais pas où j'ai été chercher toutes ces bêtises, c'est le surmenage, ces choses intimes avec mon mari. Je ne tiens plus à en parler, je suis en bonne voie maintenant".

"Ca me fait rire ce que j'ai dit. Il faut vraiment que j'ai été fatiguée pour débloquer comme ça".

Cette observation typique, banale même, apparaît néanmoins assez significatrice pour que nous nous y arrêtions.

Structuralement, nous sommes là en présence d'un état crépusculaire correspondant exactement à l'état de conscience altérée décrit par Mayer-Gross. Certains contenus de conscience prennent en effet une position privilégiée, nettement séparée des autres, s'énancipent en se coupant de la réalité, introduisant dans la vie psychique une scansion caractéristique.

Cet état, si évident des états crépusculaires hystériques, prend néanmoins ici parfois un aspect plus limite avec les états oniroïdes francs, restant toutefois dans l'ambiguité de l'altération depuis l'objectivation réussie en passant par la représentation hypnagogique presque autonomisée jusqu'au cauchemar ressenti comme tel mais infiltré d'extériorité.

Cette destructuration n'est cependant pas suffisamment profonde pour que le défoulement pulsionnel se fasse sans angoisse ni quête d'une rassurance où se cherche la stabilité du personnage. Quête exactement centrée dans le moment relationnel où elle s'offre ainsi, en un véritable jeu, cherchant l'impact spéculaire de ses propositions thématiques qu'elle abandonne d'ailleurs en cas de non réponse de l'autre.

Cette recherche forcenée et insatisfaisante dans le travestissement délirant d'une image de soi apte au désir de l'autre nous semble ici situer exactement l'ordre hystérique même.

Sa précaire image de soi a été remise en question par le conflit qui apparaît ici en évidence dans les instantanés vécus et surtout dans les deux idées délirantes prévalantes.

Le ver dans le ventre, qu'elle associe d'ailleurs assez facilement à son mari, est la manifeste tentative d'extériorisation projective d'un contenu de conscience qui s'isole dans le rêve de sodomisation maritale. Objectivation d'ailleurs incomplète que traduit cette xénopathie ressentie à la fois comme étranger et intracorporel, à mi chemin de l'extranéisation totale.

Le délire de grossesse "qui lui purifie le sang" peut y apparaître à l'opposé comme une tentative de rétablir l'assurance de sa génitalité devant le constat angoissant de sa passivité anale.

Cette notion demanderait d'ailleurs critique et développement mais elle paraît être au centre de son angoisse existentielle, infiltrant de culpabilité intolérable ses expériences passées, agies ou fantasmisées.

Après sédation du délire, l'angoisse apparaîtra à l'état pur mais ses racines en seront rapidement déniées et refoulées.

Tout a commencé nous dit-elle par un cauchemar (de sodomisation). On peut alors à titre d'hypothèse se poser la question de savoir si l'augmentation pulsionnelle qui en découla n'a pas suffi à rompre les tensions fragiles de ce moi immature. Rupture affolante qui devant l'échec d'une tentative de suicide peu élaboré conditionnera l'apparition de l'angoisse objectivante dans la destructuration de conscience.

Madame V.. est sortie le 16.1.65 et va bien depuis.

OBS. IX - BLAN... Marie France, 21 ans, dessinatrice

Melle B... entre dans le service le 22.4.63 avec le certificat immédiat suivant :

"Présentation maniaque, agitation, réaction clastique. "Les gens n'emm... à cheval et en voiture. Ce n'est pas ma faute, j'ai le vice en moi. Le vice est la première lettre de l'alphabet. Je voudrais aller vers le soleil car j'ai besoin de la couleur. Mes cheveux sont sur mon nombril, je n'en veux pas ailleurs . Insomnie. Notion d'épisode identique à ses dernières règles".

Son arrivée dans le service est très remarquée. La patiente se dénude, démonte son lit et s'installe sur le carrelage dans une attitude hiératique. Lors du premier entretien, la malade nuette se livre à toute une pantomine au ralenti exprimant par ses gestes soit la prière soit un symbolisme érotico-abscons.

Les réponses sont aussi économiques que sybillines. "Elle n'a pas d'ennemis; elle est venue ici parce qu'elle l'a voulu". Toutes questions un peu précises se heurtent à la même gestuelle et la même mimique pathétiquement figée.

Les parents nous fournissent quelques données anamnestiques et biographiques.

Il y a un mois, elle a été trouvée en larmes dans la salle de bains par sa mère. Sans raison dit-elle. Le retour au calme se fait rapidement avec un Supponéryl et un câlin de son père (sic). Elle est d'ailleurs réglée le lendemain. Dans les suites immédiates, elle reste très énervée "sautant sans arrêt d'une pensée à l'autre". Equanil, arrêt de travail et vacances de Pâques remettent tout en ordre.

8 jours avant ses nouvelles règles, l'excitation reprend de nouveau. Sa soeur la remarque se livrer à des activités insolites, déchire ses livres sur la peinture qu'elle affectionne tant, fait des noeuds compliqués avec ses foulards.

Elle prétend entendre Dieu dans son transistor et qu'il l'a "embêtée" par le même moyen à la Sorbonne. S'installent enfin anorexie et insomnie. Le placement se fait dans l'affolement.

Ses parents croient retrouver une déception sentimentale récente : très croyante, elle serait tombée amoureuse d'un nommé Philippe, athée convaincu. Elle aurait alors décidée de l'oublier, mais l'aurait revu. Lui la délaisse, etc...

Elle aurait grandi sans problèmes majeurs apparents.

A noter une crise de scrupules religieux à 14 ans et avait pensé avoir la vocation. Elle s'était d'ailleurs beaucoup consacrée aux mouvements de jeunes.

B.E.P.C. mais elle arrête ses études en seconde. Elle suit sporadiquement des cours d'Art moderne, de philosophie religieuse, etc...

Caractériellement, ses parents la décrivent comme vive et désordonnée. Elle a une "grande franchise" avec eux. Surtout sur le plan sexuel, racontant en détail la moindre ébauche de flirt.

A son père qui l'avait prise dans son lit pour la consoler après sa déception sentimentale, elle aurait dit "ils m'ont tout pris". Le père n'interprète pas ce pluriel.

Elle a une soeur cadette, excessivement équilibrée "très stricte comme moi" dit le père et qui fait psychologie à la Sorbonne et remonte le moral à tous.

Un petit frère sans histoires semble-t-il.

Au 5ème jour, le théâtre gestuel fait place à une expression verbale plus aisée :

"Ce qui s'est passé, je ne suis raconté une histoire de fou mais à cause de ça (montre des photos de sa famille). J'en raffolle de ces gens là, ils sont charmants mais ils ne me laissent pas sortir facilement. J'ai rué dans les brancards jusqu'à ce que j'obtienne ce que je voulais".

Franchement psychotique apparaît le vécu précédant immédiatement l'hospitalisation et qui semble actuellement éteint :

"J'avais l'impression qu'on m'espionnait, les gens me regardaient. Je n'en ai pas modifié mon comportement, mais j'ai eu plus de travail. Après,ce furent les grèves, j'ai joué le rôle de l'ouvrier ... Qu'est-ce que je disais ? Oui les grèves. Ils ont vu que mon jeu n'était pas sincère, un jeu à la communiste, quelque chose comme ça".

"J'arrivais à faire dire à n'importe qui le fond de ses pensées, avant même qu'ils n'aient pensé, et vice versa d'ailleurs. Moi, je suis pour le devinement de pensée".

"On disait du mal sur sa conduite avec son patron. Le genre de choses qu'il n'est pas très agréable à s'entendre dire pour une jeune fille".

"Si nous faisions un peu de transmission de pensées Docteur".

On note le lendemain une recrudescence des "taquineries", de l'opposition ludique. Elle déménage son lit "pour se faire un intérieur confortable dans le service. On note néanmoins la disparition des thèmes vaguement mystico-sexuels des premiers jours, mais la note caustique se renforce, à usage aussi bien interne qu'externe, ainsi qu'une tendance à s'accrocher plus âprement à ce qui subsiste de jeu : "je me demande quand va finir cette petite comédie et si çà retombera sur le nez des gens qui me l'ont fait jouer".

Le comportement se normalisera peu à peu. Le ludisme s'atténuera progressivement, les interlocuteurs perdant leur fonction de miroir tandis que se retrouve un échange plus authentique.

Quelques phrases significatives :

"Le caprice de Melle B... c'est 21 ans qui sont trop lourds pour ses épaules". "J'ai joué ce jeu toute seule". "En général, j'aime bien qu'on me remarque, je suis très orgueilleuse". "Je laisse l'amour pour les imbéciles". "Une femme ne doit monter que sur des juments. Elle ne peut pas comprendre un cheval car elle n'est pas homme".

"J'étais consciente des bêtises que je faisais à mon arrivée". "Je sentais que je ne pourrais pas tenir surexcitée comme je l'étais et comme je le voulais d'ailleurs". "J'aimerais bien apprendre à mimer".

Et cette remarque enfin, riche de phantasmes de "morcellement" : "J'aimerais bien poser pour Picasso".

L'abandon de la position psychotique et de ses permissions ne va pas sans quelques difficultés, tant par la trace mnésique qu'a pu laisser l'irruption des pulsions :

"Je suis en adoration devant mon père, mais grâce à une maladie - j'ai reporté mon affection sur ma mère",

que par le difficile recentrage dans sa ligne existentielle antérieure :

"Je suis calme maintenant, trop calme, j'ai peur de perdre mon enthousiasme".

Sortie en Juillet 63, la réadaptation reste précaire, travaille à mi temps, et elle est réhospitalisée en service libre en Avril 1964. Elle se présente mutique, passivement opposée à tout entretien dans un tableau de grande inertie théâtrale.

Sa mère nous raconte que tout allait bien jusqu'à ces derniers jours quand fut décidé un départ à Rennes pour raisons professionnelles du père.
Au désespoir de quitter son travail (chez un antiquaire) où elle était bien adaptée, elle demande à rester à Paris, ce qui lui fut plus ou moins refusé.

Et elle s'est énervée progressivement.

Après une période de mutisme de 24 heures, le tableau clinique devient franchement maniacoïde : agitation, logorrhée, jeux de mots, agressivité, insomnie. L'attitude est très histrionique, s'agitant dans le dortoir et dès qu'elle aperçoit un médecin.

"Je n'écoute personne et tout le monde. C'est le Diable quand je me regarde dans la glace, je le vois. Je suis déboussolée, j'ai perdu la clé du Nord. Mon idée fixe c'est une robe d'amazone en velours vert (rappelons que c'est une cavalière émérite) mais mon père ne veut pas me la donner, il préfère me fouetter avec sa cravache, etc..."

Ce tableau se tasse assez rapidement, pour n'être qu'hypomaniaque avec grand discours, attention très labile, se perdant dans des disgressions et incidences à la moindre sollicitation externe. Le théâtralisme excessif fait place à une simple coquetterie de tonalité ludique.

"C'est toujours la même chose, je me raconte des histoires. J'avais l'impression que tout a été fait pour moi. C'est un roman auquel je crois (sic). J'avais l'impression que la mode était inspirée par moi dans les journaux, que toute une campagne publicitaire était en relation avec ma vie personnelle".

Ce renversement des axes du vécu semble avoir duré environ les 24 heures ayant précédé l'hospitalisation.

Au bout d'un mois, le tableau clinique s'est normalisé et elle affirme de nouveau :

"Je me racontais des histoires, maintenant je les connais par coeur, alors je ne m'en raconte plus, je suis guérie".

Suivie en post-cure, elle s'y montra très accrochée, mais finalement "démissionnante" et provoquant le psychothérapeute à être le plus directif possible, nécessitant de la part de ce dernier une nécessaire distanciation.

Elle rechutera 18 jours après dans un tableau encore identique d'où nous extrayons :

"J'ai l'impression que les gens me regardent avec l'air ahuri parce que j'essaie de me mettre dans mon personnage (sic). Je lis dans le regard des autres que je suis perdue, aussi je me recherche, je me retrouve quand je suis avec des gens de valeur".

"Je me cherche en dessinant quelque chose qui m'inspire (dessine une bougie), si je veux qu'il fasse beau, je la laisse à l'air libre, si je veux la nuit, je la mets sous le boisseau".

Sortie en bon état normatif au bout de 3 mois, elle semble stable jusqu'à maintenant mais son équilibre thymique reste précaire.

Cette observation nous apparaît dans sa linéarité même extrêmement démonstrative. La thématique exprimée appelle même peu de commentaires supplémentaires.

L'immaturité, l'infantilisme même, les préoccupations existentielles exprimées au cours et au décours de sa maladie, la qualité transférentielle particulière établie en post-cure, tout concourt à faire poser un diagnostic de structure hystérique que le tableau clinique d'entrée ne peut que rendre évident. Mais il s'agit là d'un épisode psychotique, bien différent d'une quelconque "attaque" classique.

A chaque épisode, nous retrouvons en effet, transitoire et labile certes, un certain niveau de désorganisation des espaces vécus. Phase typique de "trema" où le sujet se trouve bloqué par le regard des autres, pris dans un filet tissé de mystérieuses convergences, renvoyé au centre même de ses angoisses. "Les gens me regardent quand j'essaie de me mettre dans mon personnage". Parallèlement, la distance moi/monde non moi s'effrite, l'objectivation apparaît, témoignée par le devinement et le dévoilement de la pensée qui signent ici le caractère éminemment psychotique de l'accès.

Mais l'objectivation s'arrête à mi chemin, permettant dans l'ambiguité de l'altération de conscience, que s'émancipent à la faveur du processus les préoccupations existentielles dans l'immédiatité relationnelle.

Il est remarquable qu'à la plus petite frustration (frustrations auxquelles ses parents concourent d'ailleurs), elle réagisse ainsi dans la régression psychotique, mais sa structure hystérique au Moi faible lui permet d'institutionnaliser une véritable "politique de la maladie".

Chaque frustration remet profondément en cause la notion même de son personnage informel et se cherchant, dans une angoisse qui ne lui laisse d'autre issue que de le jouer fantasmatiquement, offrant ainsi son "roman", son histoire à elle-même et à l'observateur anxieusement recherché. Ce théâtre et cette quête se trament dans un champ relationnel immédiatement et intensément vécu, se donnant et présentant à autrui le jeu kaléidoscopique de toutes les identifications possibles. Mimétisme au désir de l'Autre qui situe bien là son drame.

OBS. X - Jan. Louise, 42 ans, sans profession

Bien que manquant de renseignements et de descriptions anamnestiques, nous publions néanmoins cette observation en ce qu'elle nous paraît dans son schématisme processuel résumer les observations précédentes et corroborer la grande homogénéité de ces psychoses aiguës.

Mme J.. entre dans le service le 3.8.61 avec le certificat immédiat suivant : "Etat d'excitation atypique psychomotrice au cours de l'évolution d'un délire chronique. Expériences xenopathiques multiples. Automatisme mental. Onirisme nocturne. Fond hystéroïde. Insomnie."

L'examen clinique nous la montre hypersthénique, subexcitée avec instabilité psychomotrice. Le récit est déroulé sur un mode agressif, masquant parfaitement l'anxiété sous-jacente. Le délire s'extériorise facilement tout en restant fréquemment allusif sur ses thèmes, moins par réticence vraie que par intégration d'un érotérisme délirant.

"Si on ne me sort pas de là ce soir, vous êtes prévenus il arrivera quelque chose. On m'a amenée ici pour cacher quelqu'un, quelqu'un qui avait peur que je parle".

Elle fait état de pouvoirs importants de vengeance, devinements d'évènements, mineurs ou majeurs, pouvoir magique de jeter un sort aux gens qui lui veulent du mal. La transmission de pensée n'est pas reconnue comme telle et nie tout phénomène d'automatisme mental plus élaboré.

L'exposé est enchevêtré, un peu diffluent mais sans troubles du cours de la pensée. Le délire ne se structure pas en une thématique cohérente mais semble plutôt faire appel à la juxtaposition de coïncidences, d'indices fortuits fréquemment regroupés en une convergence valorisante.

La biographie est évocatrice :

Dernière d'une famille de 6 enfants, sa mère est morte en couches alors qu'elle avait deux ans.

Le père, 83 ans, vit retraité à la campagne et n'a plus de contact avec lui.

Elevée par des amis de ses parents, puis pensionnaire, elle garde de son enfance une impression de tristesse.

Les relations avec ses soeurs et frères se seraient faites avec beaucoup de distance et elle en parle avec froideur, un peu trop même "ne me parle pas des affaires de famille".

Mariage "forcé" à l'âge de 19 ans en 1940 avec un militaire de carrière. La fin de la guerre et la reprise de la vie conjugale se sanctionnent par un divorce en 1947. Son fils, maintenant âgé de 20 ans, a été élevé par sa belle-mère et elle ne le voit actuellement pas. Vie plus ou moins cahotée et devient ensuite la maîtresse d'un homme marié. Elle l'est encore et vit cette liaison dans une ambivalence très anxiogène car il lui impose des pratiques agies sado-masochistes.

Depuis six mois, elle chercherait à rompre, sans pouvoir se décider.

Le délire se tasse assez rapidement et après une phase dépressive assez intense, elle se normalise et sort sans qu'on puisse modifier le processus conjonctural pathogène.

Elle est perdue de vue et revient un an après dans un tableau clinique identique que le certificat de quinzaine décrit ainsi :

"Phase délirante crépusculaire chez une femme présentant un déséquilibre affectif ancien. Multiples prémonitions dont elle donne les preuves de la réalisation effective. Projets de départ en mission pour se racheter et fuir sa vie actuelle. Théâtralisme hystérique sans structure névrotique nette".

15 jours après son hospitalisation, disparaissent les dernières objectivations délirantes, tandis que reviennent au centre de son champ de conscience ses préoccupations existentielles avec leur charge d'angoisse.

Préoccupations d'ailleurs qui tournent autour de sa relation perverse de couple et qui empruntent toujours les mêmes solutions métaphoriques. "Je veux retrouver mon équilibre dans l'union religieuse, plus d'hommes dans ma vie. Il faut maintenant que je paye une dette".

Elle nous confie néanmoins que peu avant son épisode psychotique, elle avait presque réellement rompu et faisait des projets de mariage assez structurés semble-t-il. Son ami a alors intrigué pour faire tout échouer.

Il semble que ce retour à une position régressive, à la fois redoutée et désirée ait été suffisant pour faire basculer dans l'angoisse objectivante un Moi déjà éprouvé par une ambivalence douloureuse qui fissurait depuis longtemps l'ordre d'un personnage fallacieusement constitué.

Ajoutons à cela, et nous entrons là dans l'ordre hystérique de sa structure, qu'elle baigne dans une ambiance de médiumité culturellement admise et pratiquée par son entourage (cercles spirites etc...). Il suffit dès lors d'une destructuration tout à fait apicale du niveau de conscience pour que se réalise un véritable "dédoublement de personnalité" psychotique, solution déjà tentée sur le plan de ses fréquentations névrotiques.

Nous sommes au niveau d'une structure psychotique hystérique que la présentation clinique de la malade, sa biographie et sa vie sexuelle corroborent.

On retrouve en effet d'une part : une hystérique vivant une situation pathogène qui la renvoie en une perpétuelle réflexion à ses conflits archaïques,

d'autre part : une immaturée affective chez qui l'insuffisance des mécanismes de défenses névrotiques, caractériels ou pervers ne permet pas un calfatage efficace de l'angoisse de culpabilité que tout

rapproché objectal présuppose et que la situation actuellement et effectivement vécue impose, infligeant ainsi une distorsion grave au maintien de son personnage constitué.

A ce niveau de rupture conjonctural, le moindre "bougé" de l'environnement relationnel suffira à lui faire franchir la ligne psychotique dans la catastrophe itérative de l'altération du champ vécu et de la dissolution du moi structuré.

Une stabilisation satisfaisante fut obtenue dans le cadre d'une relation psychothérapique à distance mais solide.

Elle fera ultérieurement deux phases anxieuses simples mais nécessitant néanmoins la sécurité de l'hospitalisation, l'une lors de la rupture enfin assumée, l'autre à la mort de son ami l'année suivante.

OBS. XI - LEM... Anne, 33 ans, Manucure

Madame L.. est hospitalisée le 25.12.63, venant de l'IP avec le certificat de placement suivant :

"Conduite suicidaire. A été retenue par des témoins alors qu'elle tentait de se jeter dans la Seine. Assez indifférente. Bien orientée. Regard très brillant, mobile, sourires désadaptés. Expose de façon très neutre un syndrome d'influence. Ressent une force qui lui dit de faire le bien, d'entrer dans les ordres, de faire la paix avec son corps et son âme. C'est une force divine. Elle l'a déjà perçue quand elle avait 15 ans. Elle a été corrompue et aurait une vie de débauche. Appoint alcoolique évident. Anorexie. Insomnie".

Le certificat immédiat pose le diagnostic de schizophrénie.

A l'examen, des manières aisées, une coiffure recherchée et un contact facile, contraste avec un ton variable allant de l'agressivité à l'indifférence, voire à la résignation. Elle raconte son délire sans réticence aucune.

Elle exprime ainsi un syndrome d'influence typique. "Elle est suivie dans la rue, son téléphone est surveillé. Le prêtre de l'Eglise fait des sermons sur elle : "La femme qui est corrompue par son enfant", impression d'être hypnotisée, commandée, obligée de réaliser ce qu'elle faisait, une force mystérieuse la poussait. C'est ainsi qu'elle a été forcée d'aller sur les berges de la Seine, elle devine ce que les autres pensent d'elle et vice-versa.

C'est ainsi qu'il y a trois semaines, elle s'est sentie poussée à fréquenter l'Eglise. Elle va maintenant tous les soirs assister à l'Office de 18 h. Elle pensait être une sainte car elle sentait la nécessité de prier, de communier, elle pensait même rentrer dans les ordres (cette mise à l'imparfait de son discours semble indiquer l'existence antérieure d'une phase plus franchement oniroïde actuellement résolue). Les hommes d'Eglise sont à ses trousses, ils la surveillent pour l'aider et la ramener sur la bonne voie. Tout le monde d'ailleurs veille gentiment sur elle, les voisins viennent chez elle la nuit pour reprendre confiance et ne pas se donner la mort ... Les voisins se servent d'ailleurs de projecteurs pour lui envoyer de la lumière; c'est une lumière qui ressemble à des étoiles". En fait, les influences sont assez ambivalentes, tantôt bienveillantes, tantôt persécutrices.

Ce syndrome d'influence diffus, peu structuré dans une expression volontiers diffluente, semble néanmoins se focaliser en un thème érotomaniaque et persécutif.

"Devant chez elle, il y a un homme qui ne cesse de la regarder, de s'intéresser à elle, il lui fait des signaux avec sa cigarette. La mère de ce dernier est ennuyée de la conduite de son fils qui ne cesse de regarder la malade avec des jumelles. C'est pourquoi, jalouse peut-être ou pour la faire partir, elle a mis tout l'immeuble contre elle. Tout le monde se moque d'elle, il y a toujours quelqu'un sur ses talons. Quand elle rentre chez elle, il y a quelqu'un qui la suit pour reconnaître son identité. Tout ce mal est venu de cette femme, elle est méchante, jalouse. Elle voudrait mettre la police au courant car cette femme est lâche et profite de sa solitude actuelle pour lui faire du mal".

Elle raconte ses impressions délirantes avec un certain étonnement. Elle est certes perplexe, mais sa perplexité relève plus d'une méditation thématique que d'une interrogation crépusculaire.

Néanmoins parfois, elle laisse l'impression de n'être pas tout à fait convaincue et distance parfois avec un humour certain mêlé d'agressivité. La mimique est souvent déroutante; regard brillant, fixe non dépourvu d'un maniérisme manifeste mais adéquat à l'allure générale de cette jeune femme.

La thymie est apparemment neutre, en particulier lorsqu'elle évoque sa famille, mais devient franchement dépressive lorsqu'elle parle de sa problématique existentielle personnelle qui, elle, n'est en aucune façon remaniée par l'appréhension délirante du champ relationnel.

"Elle en a assez d'être seule, de faire l'amour à droite et à gauche, son fils l'empêche de faire sa vie avec des hommes alors qu'elle a beaucoup de propositions, etc..." Le tout infiltré d'une angoisse de culpabilité intense.

Le début des troubles est assez difficile à préciser, surtout dans leur ordre séquentiel. Il semble que l'on puisse néanmoins retrouver trois stades, caractérisés selon leur niveau de destructuration de conscience.

Un stade vraisemblablement télescopé avec une dépersonnalisation qui n'a pas été sensible, où l'altération se vivra sous la forme de dédoublement hallucinatoire ou d'automatisme mental : "Depuis le mois de Juin 63, le jeune homme a commencé à s'intéresser à elle, lui faisant des signaux à la fenêtre et la suivant dans la rue; puis la mère

s'est mise de la partie et maintenant tous les voisins la considèrent d'un mauvais oeil".

Un stade fugace de destructuration oniroïde franc où le monde se gonfle de puissance divine, vécu dans un état extatique d'union enfin retrouvée. "Il y a 3 semaines, je croyais être une sainte, je fréquentais les églises et j'étais rassurée". Elle communie tous les jours et veut rentrer dans les ordres.

Un stade actuel post oniroïde semblable au premier, mais où l'angoisse naissant de l'ambiguité de cette altération du champ phénoménal apparaît ici singulièrement refroidie.

La biographie et le curriculum sont assez évocateurs du "mode hystérique" de l'existence.

Ainée d'une famille de deux enfants. Une soeur cadette de 5 ans plus jeune actuellement mariée.

Père ancien gendarme - réformé à 100 % pour tuberculose.

Mère opérée d'une tumeur au sein il y a 7 ans.

Elle est peu précise dans ses opinions sur le couple parental. Elle affirme néanmoins qu'elle s'entendait mieux avec son père, sa mère ne lui semblait pas l'aimer beaucoup.

Scolarité jusqu'à 15 ans, sanctionnée du C.E.P.

La malade nous signale qu'elle était gaie, exubérante, mais qu'à partir de 12 ans, elle est devenue nerveuse et apprenait moins bien.

Jeune, elle aimait beaucoup le théâtre, n'en a jamais fait, c'est son regret.

Elle ne s'entendait pas bien avec sa soeur "matérialiste et égoïste" mais avoue en avoir été jalouse car "c'était la préférée de ma mère et elle continuait ses études".

A 18 ans, quitte ses parents à la suite d'un conflit né de leur opposition à un projet de mariage. Elle travaille alors dans une usine. A 19 ans, "monte" à Paris où elle se place comme gouvernante. Elle fait ce travail pendant 5 ans dans la même famille, jusqu'à ce qu'elle se

trouve enceinte des oeuvres d'un ami de la famille, lequel ne voulut pas reconnaître l'enfant. Ce dernier est actuellement en pension et lui pose des problèmes. A 23 ans, elle se met en ménage. Elle assume avec beaucoup d'équanimité apparente les pratiques perverses que lui impose son ami (entre autres, des infidélités "concertées") et travaille comme manucure. Elle reste avec lui 4 ans, puis elle monte un bar avec une amie à Cannes pendant deux ans.

De retour à Paris, elle se remet en ménage avec un architecte qui lui impose, étrangement, les mêmes réalisations perverses que son précédent ami.

Elle reconnaît en outre une certaine prostitution clandestine "pour son fils".

Sous neuroleptique, et comme il est de règle, la vividité et la pregnance du syndrome d'automatisme mental s'atténuèrent tandis que l'angoisse culpabilisante renaissait. Culpabilité qui s'exprime dans le dépressif constat de l'écart entre sa vie sexuelle réelle et une image de soi, soigneusement idéalisée et inaccessible : "J'aurais dû avoir une vie plus droite", et inlassablement fallacieusement poursuivie le long de sa trajectoire de personnalité. Culpabilité existentielle diffuse mais aussi plus spécifiquement névrotique en particulier sur son fils dans la vague prescience du rejet qu'elle éprouve à son égard.

Mais si la réalité est appréhendée dans sa consistance et éprouvée en tant qu'objective dans son historicité et sa réalité, la perplexité délirante ne se renverse guère. Si les impressions hallucinatoires et d'influence se mettent à l'imparfait, elles ne sont pas contestées en tant que telles et se restructurent dans une réalité rétrospective : "C'était une organisation, un réseau" nous dit-elle en deux mois d'hospitalisation. Un tel aspect peut évoquer ici l'hypothèse d'un remaniement discordant de l'angoisse.

Au 3ème mois néanmoins, la critique est plus parfaite et sa préoccupation dominante devient "qu'est-ce que les gens vont penser de moi" traduisant un réajustement des axes du champ vécu. Réajustement mais par recentrage définitif. Il persiste une impression vague d'intrusion dans sa vie privée, réservant le pronostic. Elle se "resolidifie" néanmoins et psychothérapiquement aidée, elle sortira quand sera trouvé un étai socio-professionnel suffisamment stable. Mais elle ne vient pas à la post-cure et nous la revoyons deux ans plus tard avec le certificat de placement suivant :

"Idées délirantes mystiques. Elle est influencée, en communication avec Dieu, le Pape, interprète des bruits comme produits par les morts. Participation imaginative importante. Désordre du comportement. Chante. Attitudes théâtrales stéréotypées. Elle va partir pour Jérusalem. Orientation imprécise".

A l'examen, le tableau clinique est évocateur. La malade s'exprime comme jouant un rôle. Ainsi, le regard perdu dans une contemplation lointaine :

"C'est la folie qui m'a amenée ici. J'étais en communication avec Dieu par la prière. J'étais chez moi et ils sont venus. Dieu m'a dit de vivre, d'avoir des enfants. C'est surtout par des signes qu'il me parle, les oiseaux, les talons, les bottes, le claquement. Mon fils est un enfant de militaire. Le Christ me parle (sourire) - il dit qu'il faut que je me marie avec lui parce qu'il m'aime et que j'aie un enfant pour la paix du monde ...

Ces derniers temps, je ne comprenais pour ce qui m'arrivait, les gens croisaient les bras, il y avait des croix ... J'ai voulu comprendre, alors je me suis mise en pénitence, je ne prends que du pain et de l'eau. Pour mieux comprendre ce qui m'arrive, j'ai acheté un Missel. Au début, je me suis sentie étrange, tout près de Dieu en communiant,

je ne communie pas souvent - la dernière fois, il y a deux ans (premier épisode psychotique) ...

C'est un peu comme la première fois, mais c'est différent car maintenant je peux expliquer. Ca vient de Maman et Papa ... Maman aimait beaucoup chanter à l'Eglise, Papa lui, était tuberculeux - je crois que les tuberculeux sont souvent artistes ... Chopin était tuberculeux.

Actuellement, je vis d'amour et d'eau fraîche ... Mon ami est mort, Dieu me l'a dit ...

Je voudrais une vie agréable. Ma vie ne me plaisait pas car je faisais des choses qui ne me plaisaient pas. Je faisais ça aussi pour de l'argent".

Ce délire est typiquement une "demande" et si l'interlocuteur ne semble pas y répondre, il se modifie simultanément, exacte dépendance à l'autre en son désir.

D'où cet aspect de variabilité à la minute, de conviction factice. Devant le doute exprimé, elle reconnaît en effet :

"J'ai dit qu'il était mort, mais c'est parce que je ne voudrais plus le voir. C'est à cause de l'argent que je le revois. Que ferai-je si je ne le vois plus".

"Mes communications avec Dieu, c'est faux tout ça. Je me demande si c'est pas voulu tout de même, pour que je reprenne une vie droite et agréable. Je crois que les Chers Frères sont dans le coup. Un jour un Frère m'a dit de rester sage, je crois qu'il sait beaucoup de choses sur moi".

La "folle" recherche de l'identité de soi perdu charge si l'on peut dire l'ambiance de spécularité :

"Tout me fait croire à ce que je dis. Les toits, les oiseaux, le soleil, les étoiles qui avancent".

Sous thérapeutique, cet état se stabilise très vite, sans résidu délirant. Elle s'en déprime d'autant, imposant une cure thymoanaleptique puissante.

"Je pense à ma vie". Néanmoins, elle restructure assez vite les éléments dispars de sa personnalité, sans cette impression de possibilité de discordance qu'elle avait montrée à sa première hospitalisation.

Le 20ème jour, plus détendue, elle expose de façon très explicite son entrée dans le délire :
"J'ai senti au cinéma une espèce de force autour de moi, comme un dédoublement de personnalité. Je croyais qu'on m'avait jeté un sort et je me suis mise à chanter à la fenêtre des paroles avec Dieu (rire). Je croyais être en communication avec Dieu. Au Psychologue, je lui ai raconté des bêtises sur Dieu (rire). En tout cas, je me sens mieux que la dernière fois, moins anxieuse. Maintenant je sais que lorsque je ressens cette force, il faut que je revienne vous voir.

J'ai l'impression que j'entends une voix, c'est pas une voix, c'est un remord, ma conscience.

Le dédoublement ? c'est comme si je n'étais plus moi-même, une autre personne qui agit à ma place, - au début, c'est assez agréable, on se sent bien, pleine de forces. On a envie de faire beaucoup de choses, mais on ne dort pas beaucoup. Après, on se sent triste, on a besoin de soutien.

Le drame, c'est qu'on ne se sent pas malade, c'est curieux quand ça vous prend".

Il s'agit là d'une excellente auto analyse phénoménologique.

Sortie en excellent équilibre apparent, elle a réaménagé son existence dans un sens plus progressif. Elle s'est mariée, choisissant soigneusement son mari "Il est tout à fait insuffisant au point de vue sexuel", vient régulièrement en post-cure et semble stable jusqu'à maintenant dans son nouvel environnement.

L'analyse de cette observation que la catamnèse nous montre sans ambiguité diagnostique, nous semble importante dans la mesure où le problème d'une schizophrénie a pu être évoquée lors de sa première hospitalisation.

Elle nous apparaît en effet typique de ces moments oniroïdes à structure hystérique qui, à leur décours, tendent à se désangoisser en aménageant quelque temps leurs espaces vécus sur un mode délirant apparemment stabilisé.

Devant un monde objectif objectivement peu satisfaisant, le moi structurant ne peut reconstruire un moi structuré valide, une image de soi suffisamment dense pour filtrer le réel angoissant.

L'intentionnalité de ces "résidus délirants" postcritiques pourrait se situer au niveau d'une restructuration "à moindre frais" de l'ordre d'un personnage constitué. Le maintien de références délirantes aura ici la même valeur économique qu'un "bénéfice primaire/secondaire" situé dans le champ des satisfactions narcissiques. Satisfactions en effet à deux niveaux : d'une part, dans le désir de maintenir la béatitude de l'assomption entrevue dans le délire, d'autre part du fait que l'angoisse se trouve ainsi contenue, par cet aménagement conjonctural où l'Autre est toujours présent, médiatisé par le délire et nécessaire dans son épaisseur afin d'y trouver la rassurante consistance de son reflet spéculaire.

Il n'y a pas, dans cette structure, de repli autistique vrai, la réalité de la personne n'est jamais éprouvée comme néantissable.

Mais cet équilibre est certes instable et n'exclue pas la possibilité de virage momentané dans la discordance où le JE, atteint dans sa périphérie, peut se décompenser et se trouver renvoyé dans le mouvement dialectique de son

angoisse et de sa propre contestation, vers la catastrophe schizophrénique.

Nous retrouvons là la notion de processus "potentiel" qui nous renvoie bien au delà des exclusives nosologiques.

Cette observation permet en outre de poser brièvement le problème de son versant pervers. Une anecdote extrahospitalière recoupe cette notion. Elle invita Mme M.. (Obs. V) à un dîner "entre filles" et lui proposa un "bain commun" qui fit fuir cette dernière en proie à une angoisse intense et quasi-objectivante.

Nous sommes ici renvoyés moins à une structure perverse caractérielle avec choix délibéré d'objet homosexuel qu'à la recherche d'un rôle "choquant" où dans la réalisation illusoire d'un personnage affranchi, elle éprouve sa consistance tout en masquant par le jeu l'angoisse de sa sexuation indifférenciée.

OBS. XII - MER... Alberte, 36 ans, fonctionnaire

Madame M.. entre dans le service le 25.11.64 avec le certificat immédiat suivant : "Etat d'excitation psychotique probablement significatif d'une psychose discordante évolutive. Attitude de jeu, familiarités, graphorrhée, logorrhée, propos incohérents et itératifs. Ebauche de syndrome d'influence avec éléments de dépersonnalisation physique, thèmes mégalomaniaques et érotiques. Insomnie. Notion d'épisode antérieur similaire traité en clinique à Nice".

A l'entrée, sa présentation avec ses attitudes ludiques, sa mimique excessive, ses ébauches de séduction, son apparent ravissement à s'exprimer, évoquent pour tout un chacun "l'habitus" hystérique.

"Jusqu'à quand allez-vous me torturer ? une torture physique c'est fatigant, une espèce de dialogue. J'ai l'impression que ça me vide le cerveau. C'est entre moi et ma conscience. Je pense qu'il y a quelqu'un qui me précède et que moi je suis. Quelque chose comme une influence. Je ne peux pas le nommer mais je pourrais. Je peux m'en défaire quand ça ne me paraît pas logique, à ce moment là je m'en détache.

Ce qui me torture, c'est qu'il y a deux camps, un camp fort intelligent, très bon, très compétent, très humain, up-to-date, ça me plait ce mot, et un autre camp qui ... ça me fatigue.

Je pense que je me fatigue trop parce que j'écris, je pense que je me vide de ma substance grise. J'écris la philosophie sur la vie, la mort, la re-vie et tout ça mené par Dieu ...

Il y a un dialogue entre ma conscience, le reflet de Dieu et moi, ça me fait écrire. Au début, je pensais que cette vie intérieure se situait dans le plexus".

"Ma conscience c'est une voix qui me parle sans son, comme un reflet de Dieu. Ce sont des facultés que j'ai découvertes il y a 3 ans. C'est l'écriture qui a commencé, j'écris sur l'inspiration de Dieu depuis le Château X... (clinique psychiatrique dans le Sud de la France).

Il y a trois ans, au Château X..., je ne suis déchirée. A ce moment là je n'ai pas compris, je sentais que je devenais folle, je faisais de l'agitation, ce que j'ai vécu c'est atroce. Je croyais que j'allais mourir, mais même mourir ce

n'est rien, je ne comprends rien. Comment j'étais avant ? très sensible mais casse-cou comme un garçon. J'aurais dû être un garçon".

Un tel discours, malgré la présentation, mais il suffit d'un iota pour la trouver désadaptée, évoque la schizophrénie si on se réfère à l'absence d'angoisse nettement exprimée, comme contenue derrière une façade où elle nous donne le change de son autisme.

En outre, le syndrome d'influence déjà bien thématisé sans perte des références à la réalité semble de nature nettement discordante. A ces impressions, s'ajoutent en plus ses évocations de l'épisode antérieur de 3 ans où elle exprime à l'évidence une schize angoissante "Je me suis déchirée", une sensation catastrophique de néantisation de sa propre existence "même mourir, ce n'est rien", toutes deux évocatrices de vécu schizophrénique.

Le premier diagnostic doit être posé en attente. L'évolution ne le confirmera pas.

Deux jours après, le tableau s'améliore :

"Ca va mieux de jour en jour. Je voudrais du Tementil. L'an dernier en période aiguë (comme j'étais à l'arrivée) je m'en suis fait moi-même une cure. Cette fois c'est ma dent de sagesse qui a déclenché les choses, nous connaissons donc le responsable.

Quand ça vient, je me sens excitée, agitée, je parle beaucoup. Quand je dis que ça ne va pas, c'est déjà très avancé. C'est toujours en Automne. J'ai lu dans un livre qu'une femme se sentait femme au printemps et que si elle se trouve pas à l'automne, ça ne va pas.

Je crois que je ne vais pas du point de vue sexuel. Je suis frigide. Quand j'ai connu mon mari, j'étais vierge, d'ailleurs les garçons ne m'intéressaient pas, d'ailleurs j'étais existentialiste, je ne croyais en rien.

A l'adolescence, je vivais dans un cocon, j'avais peur des hommes et encore plus d'être mère.

Une chose qui a joué dans ma vie, c'est ma poitrine. J'en ai toujours eu beaucoup. C'est un poids qui me gêne".

On note que la conscience de la morbidité est revenue rapidement, peu en rapport avec une schizophrénie possible.

Quant à la problématique déroulée dans ce dernier discours, elle ne suscite aucun commentaire, se suffisant à elle-même.

Les données biographiques situent exactement la trajectoire de sa personnalité dans l'ordre du champ relationnel hystérique.

Son père, minotier aisé, est mort à 47 ans d'un cancer.

La mère vit actuellement en Province et est atteinte de maladie de Parkinson.

Une soeur, fausse jumelle, mariée, vit également en province.

"A 9 ans, j'ai été en pension, on m'a matée. En 4ème, j'ai voulu aller vers l'Art, le piano. En fin de 2ème, je suis rentrée au Conservatoire. J'ai obtenu une 2ème médaille".

"A ce moment là, mon père est mort, ma mère s'est mal débrouillée. C'est à ce moment là que j'ai rencontré mon futur mari.

En pension, j'étais peureuse, je me sentais à part, j'adorais les filles, j'avais des passions qui changeaient chaque année.

Mes parents, c'était comme des étrangers; matériellement, c'était très bien, mais moralement, c'est comme si ce n'était pas de vrais parents.

Ma mère est vieux jeu, très mystique, pas réaliste du tout. Elle était moins portée que moi vers les choses de l'esprit, je ne pouvais pas partager avec elle.

Moi, j'ai beaucoup lu. Balzac me passionnait; comme je ne voulais pas vivre, alors je cherchais une clé et il m'ouvrait une armoire où je ne pensais plus à mes propres problèmes. Très jeune, je ne voulais pas vivre, maintenant je crois à la réincarnation. Je pense que les vies que j'avais étaient très belles et j'en ai gardé la nostalgie. Ainsi, j'ai une amie peintre très pure. Nous nous rencontrons psychiquement, avec elle je crois que je vais retrouver les maillons de la chaîne".

Elle interrompt son récit biographique pour une interrogation qui apparaît situer son état actuel :

"Pensez-vous que je sois folle de penser ça ? J'ai toujours eu peur de la folie depuis mon séjour à Nice. Ce que j'ai vécu là bas est une épreuve de force. Dieu m'a réveillée, j'étais une mort vivante et c'est après que je me suis mise à écrire avec passion".

"Ma soeur jumelle ... Il y a toujours eu une lutte entre nous. Je l'ai toujours intellectuellement dominée. Elle était toujours avec les petites, l'instinct maternel. Moi j'étais avec les grandes pour discuter. J'étais la préférée du grand-père et des amis. J'étais un peu la reine. J'ai pensé que si ma mère préférait ma soeur, c'est parce qu'elle la trouvait défavorisée.

Mon père, je ne le connais pas, je n'ai pas de souvenir de lui. Il vivait pour ses affaires. Je sais qu'il ne voulait pas d'enfants, surtout pas de filles. Il n'était pas mal, il lisait beaucoup ... comme moi, je n'y avais pas pensé.

Mon mari, c'était le fils à son père. Avec lui, j'ai eu des rapports moralement homosexuels. J'étais plus forte que lui qui était un faible. Je faisais l'homme en affaires et prenait toutes les décisions, même en amour d'ailleurs. J'ai demandé le divorce. Quand je pense que j'ai porté le pantalon au propre comme au figuré.

Après j'ai eu une liaison, un homme très brillant. J'étais très attachée, mais il me demandait sexuellement des choses affreuses. J'ai horreur de ça".

Au 5ème jour, sous neuroleptiques, tout syndrome délirant a disparu et le reflux laisse à jour la structure hystérique pré-psychotique de la malade :

"C'est extraordinaire, tout se passait dans ma tête, les mots désordonnés, les poses que je prenais. Par rapport à moi, je l'ai vécu, c'est réel, mais par rapport à la réalité quotidienne, c'est de la folie douce.

Maintenant, je voudrais rencontrer mon <u>double</u> (sic), avoir une vie de femme normale avec un homme. Je ne suis pas laide, pourquoi je suis toujours seule ? Je pense que cette histoire de dent de sagesse, c'est un bon paravent pour les autres. Au fond de moi je sais que je suis fautive, que je pense trop au ciel, pas assez à la terre. Maintenant, je voudrais trouver mon équilibre. Il me faut un homme, c'est une horreur de dire ça".

Citons encore une réflexion significative :

"Il y a 3 ans, mon cerveau s'est déchiré à la clinique de Nice. C'était horrible, difficile à raconter car j'ai maintenant oublié.

C'était comme si je m'en allais et qu'on me forçait à rester sur une chaise en me ligotant de 36.000 manières jusqu'à m'étouffer. C'était plus qu'en moi, c'était autour de moi. Qui me faisait ça ? Peut-être Danielle, une amie que j'ai aimée cérébralement après mon mariage, je la trouvais belle".

Elle nous révèle ainsi l'essentiel de la problématique de son désir. Peut-on suspecter ici en citant Freud que "la cause occasionnelle de sa maladie fut une poussée de libido homosexuelle; la lutte contre cette pulsion libidinale produisit le conflit générateur des phénomènes morbides".

Nous ne le situons pas ici au niveau du choix d'objet, mais au centre même des troubles de la personnalisation propre du sujet en tant qu'être sexualisé. L'indétermination du sujet conditionne l'ambiguité des objets. Ses pulsions trop dangereuses la conduiront à un désinvestissement de la réalité constituant ainsi le sentiment de fin du monde éprouvé comme perte de soi-même dans la schize angoissante de son ambivalence. Drame vécu de l'existence même de la personne qui nous place au coeur même de l'angoisse schizophrénique.

Fut-ce une schizophrénie vraie aiguë, ou simplement abortive du fait de la thérapeutique ? Les renseignements anamnestiques nous manquent. Il apparaît certain néanmoins qu'elle restructurera son personnage en rétablissant l'ordre hystérique de son existence. Mais les limites de son moi en restèrent floues et ce flou fut intégré dans un spiritisme actif et relationnellement cultivé (cercles de yoga, etc...).

Elle put ainsi accepter le souvenir de son syndrome d'influence, non pas sur le mode d'une perplexité délirante résiduelle, mais dans cet aménagement libidinal culturisé qui lui permet l'économie d'un refoulement.

Elle sortira le 5.2.65 après une phase dépressive métapsychotique; suivie en post-cure, elle semble insérée de façon satisfaisante jusqu'à maintenant.

L'étude de cette observation apparaît ainsi importante en ce qu'elle se situe au centre des problèmes structuraux concernant les rapports entre psychoses aiguës et syndrome schizophrénique. Il ne nous appartient pas de reprendre ici cette question la plus fondamentale de la psychiatrie. Nous allons néanmoins essayer de situer schématiquement dans ce cadre cette observation.

Le tableau à l'entrée évoquait la psychose aiguë. Quel que soit l'aspect hystérique de la présentation de la malade, dominent ici l'agitation et l'instabilité qui traduisent la prégnance, la vividité, la variabilité du subjectif extravasé. Le niveau néanmoins assez apical de la destructuration de conscience apparaît à l'évidence. Il n'y a pas de confusion mentale vraie, tout au plus une distractivité témoignant d'une attention qui se diaphragme préférentiellement sur l'émancipation étrange de ses préoccupations existentielles.

Mais l'objectivation ne se réalise ici que sous forme d'un syndrome d'influence "on me guide" où se mêlent, sans se structurer solidement en thématique affirmée, un sentiment de communication divine, une lutte manichéenne entre deux camps, opposition extranéisée de ses instances. Nous ne sommes donc là qu'au niveau phénoménologique de "l'expérience de dédoublement hallucinatoire".

La désorganisation du champ de conscience ne franchira pas ce palier, restant en deça du stade crépusculaire ou oniroïde. Cette altération psychotique est limitée dans le temps, de sa constitution à sa résolution. On peut parler de psychose aiguë au sens symptomatique du terme.

Ce processus nous renvoie au terrain, sans lequel il ne saurait être. La structure hystérique est ici évidente par le qualitatif de ses préoccupations existentielles et leurs manifestations dans la trajectoire de la personnalité.

Mais c'est une structure pré psychotique, sans que se soient constitués des mécanismes défensifs d'ordre névrotique ou caractériel sous forme d'aménagement psychopathique élaborés.

La vulnérabilité particulière de cette hystérie pré psychotique explique la contingence de toute tentative d'isoler des causes conflituelles externes. Cette faiblesse empêche tout calfatage protecteur contre l'angoisse par le moyen d'un personnage constitué suffisamment valide pour s'assumer. Le moi structurant se trouve ainsi continuellement "à portée" et remis en question par toutes poussées pulsionnelles dangereuses. Le passage à un processus discordant dans l'évanescence angoissante où risque de sombrer le JE se situe ainsi perpétuellement "à la frontière". Cette dernière semble avoir été franchie en cours du premier accès et n'est pas sans avoir laissé des traces d'aménagement cicatriciel.

Les tests projectifs (MMPI - Rorschach) révèlent en effet que "existent des éléments d'inadaptation et non-conformité qui semblent aller vers l'autisme. L'affectivité reste le mode de réaction prédominant. Elle est labile et égocentrique. Il semble y avoir une certaine anxiété sous-jacente mais qui n'est pas de type névrotique. D'ailleurs, il n'y a pas de structuration névrotique constituée. Sur cette toile de fond paraît s'ébaucher une destructuration psychotique de type schizophrénique, mais il est encore trop tôt pour se prononcer sur le potentiel évolutif".

Le potentiel évolutif dépend justement non seulement pour elle de se reconstituer un personnage satisfaisant dans un rôle accepté par la réalité, suffisamment gratifiant pour que les rassurances ne soient pas inaccessibles; mais encore pour l'entourage d'être suffisamment stable dans ses axes relationnels. Ce qui semble exister chez elle. Toutefois, la reconstitution actuelle de son personnage,

de par peut-être son "trop de franchise" hystérique, laisse ouverte l'hypothèse de savoir si une barrière autistique de cristal mais solide ne sépare pas maintenant l'intimité authentique de sa personne de la façade qu'elle montre au réel, façade trop vraie peut-être pour être réellement vivante.

OBS. XIII - BRI... Colette, 29 ans, institutrice

Entre dans le service le 30.4.64, venant de l'IP avec le certificat immédiat suivant :

"Excitation psychique, volubilité, logorrhée, sentiments de puissance, aisance, familiarités, désordre des actes, s'était introduite dans une voiture en stationnement, labilité de l'humeur, anxiété vive par intervalle, idées de grandeur et de persécution. A l'impression d'être surveillée, on lui fait des signes, il y a des allusions dans les journaux".

Melle B.. est une jeune fille d'allure sportive et un peu viriloïde dont la présentation est suffisamment riche et polymorphe pour que soient notés en vrac dans l'observation : subexcitation psychomotrice, instabilité et expansivité gestuelles, volubilité sthénique, familiarités, impérantisme, ironie ludique, hypermimie et théâtralisme d'attitude".

Les propos sont précipités et disgressifs, sous tendus par une fuite des idées discrètes. L'attention est labile et difficile à fixer mais sans désorientation temporo-spatiale vraie.

Elle déclare d'emblée qu'il s'agit d'un internement arbitraire. "Elle a découvert un complot contre le Général de Gaulle, elle connaît le nom de son assassin, elle l'a rencontré dans un bar, et il s'est trahi".

Institutrice à Lille, elle était partie en vacances de Pâques dans l'Isère, mais est revenue à Paris dans des circonstances qui s'inscrivent dans le cadre d'un voyage pathologique au décours duquel elle se fit interpeller par la police qui remarqua l'étrangeté de son comportement.

"Je suis partie avec ma voiture et mon chien, j'adore mon chien, toute seule. J'adore la solitude". Elle prend une chambre d'hôtel. "Le veilleur était un espion, c'est James Bond, il la met en garde, lui déclare qu'il est surveillé par la police gaulliste, lui demande de se méfier. 3 jours après, il avait disparu. C'est le patron de l'hôtel qui est un espion gaulliste et qui lui a déclaré : "le veilleur était un petit espion américain, on l'a liquidé".

Elle change d'hôtel plusieurs fois, rencontre de hautes personnalités qui lui demandent de s'écarter en l'échange d'une aide.

Tout ce roman bon marché est débité avec précipitation, disgressions, luxe de détails sur le mode ironique et théâtral avec clins d'oeil, "petits airs" de mystère, mais froidement comme une péripétie somme toute banale qui s'inscrit dans le cadre quotidien de ses capacités et de son intelligence dont elle veut bien nous faire part puisque nous sommes là.

Ce "délire" se construit à l'aide d'intuitions et d'interprétations multiples. Il ne semble pas exister de phénomènes psychosensoriels, tout au moins actuels.

Le masque d'inémotivité se fissure néanmoins quand elle évoque sa biographie avec nette bouffée anxieuse à l'évocation du conflit avec le père et de la fixation à la mère.

Père décédé en 58, receveur des contributions. "Mon père avait des maîtresses tandis que ma mère était théosophe".

Mère décédée en 44 d'une tumeur au cerveau : "c'est mon père avec ma soeur ainée qui a réussi à prouver que ma mère était folle. Il s'en f....t, il est allé chercher la soeur de ma mère".

Deux soeurs ainées. La bonne et la mauvaise. La mauvaise est la plus vieille "qui écrase tout le monde".

Conflit parental qui aboutit à un divorce quand elle avait 9 ans. Elle a été élevée par sa mère (voyante et spirite) jusqu'à son décès où elle est reprise par son père. Elle avait 10 ans. Un conflit rapide avec son père semble s'installer. "Ils étaient bien ennuyés avec moi, mon père et ma soeur ainée".

Elle poursuivit sa scolarité jusqu'à ses deux bachots inclus puis intégra l'école normale d'institutrices.

Les soeurs confirment la biographie et signalent la normalité apparente de son comportement jusqu'à 16 ans - classe de philosophie.

A 16 ans, échec au bac et premier épisode pathologique du type état dépressif réactionnel avec autodépréciation. Assez vite résolutif sans traitement spécial.

Un an après, alors qu'elle était en propédeutique : état dépressif plus atypique, avec traedium vitae, apragmatisme, incurie, confinant au repli autistique. Mais les choses s'arrangèrent <u>brusquement</u> après un entretien avec un prêtre.

En 58, même épisode brutalement guéri par l'annonce de la mort de son père.

En 62, le tableau se modifie et deviendra celui que l'on retrouvera de manière habituelle :

exaltation maniacoïde, voyage pathologique, efflorescences délirantes avec idées de grandeur, espionnite, vaste complot dont elle est prévenue par sa radio de voiture,etc... Arrêtée à Clermont-Ferrand pour grivèlerie.

En 63, tentative de suicide au gaz mais soigneusement désamorcée (lettres aux amies, fenêtre ouverte).

Le 6ème épisode est l'actuel qui débuta par une exaltation progressive et une itinération pathologique.

Les soeurs signalent enfin la grande identité caractérielle de la mère et de la fille. La mère était une théosophe adepte de métempsychose, allant à des réunions incantatoires collectives. Elle aurait affirmé que Colette avait eu une soeur jumelle morte à la naissance mais d'après ses filles, il s'agirait d'une affirmation purement mythomaniaque.

Dans le service, les constructions délirantes se maintinrent quelque temps, intégrant même l'environnement : "elle est ici pour jouer un psychodrame, on lui fait subir une épreuve, il faut qu'elle se méfie, etc..."

Néanmoins, sous thérapeutique, ces productions s'effritèrent assez vite : "Je ne suis fait du cinéma, j'étais fatiguée et seule".

Elle sort le 16.6.64 reprise par sa famille qui la ramène à Lille.

L'année suivante, elle est de nouveau interpellée sur la voie publique et envoyée à l'IP où le certificat de placement note :

"Etat d'excitation psychique. Trouvée nue sous son imperméable prenant un bain de pied dans le ruisseau et se disant Belphégor. Mutique, narquoise, clins d'oeil, réponses ludiques".

La présentation est strictement identique à celle de la première hospitalisation.

Elle banalise les motifs de son interpellation et affirme que les policiers "l'ont probablement suivie car ils ont un service de renseignements. Ils ne m'ont pas posé de questions mais ont essayé de savoir sans me parler, c'était subtil".

Les constructions délirantes n'ont néanmoins plus la même expansivité et semblent d'ailleurs ne se nourrir que des résidus de l'expérience précédente sans ériger de nouvelles superstructures.

Cette relative pauvreté délirante semble d'ailleurs ressentie par la malade qui la masque par tout un jeu de réticence, provoquant l'interlocuteur dans ce véritable substitut d'érotisation relationnelle que représente pour elle le "cacher-montrer" de son personnage délirant.

Ses préoccupations existentielles ainsi moins dissimulées transparaissent plus aisément.

A noter :"à propos de Belphégor (Je venais d'acheter un poste de radio qui n'émettait que des choses qui me plaisaient. Alors peut-être me suis-je dit que je devais jouer un rôle".

"Ma mère, je lui ressemble beaucoup. Je la connais à travers moi, c'était une femme supérieure, elle aussi a cherché sa raison de vivre. Ma raison de vivre à moi, je la perds, je la retrouve. Je l'avais retrouvée dans un milieu compréhensif. Je suis protégée par l'enseignement. Ma mère était bien encadrée aussi, elle faisait partie d'une loge, elle a toujours été originale, elle faisait du spiritisme.

Ce n'est pas la peine que j'essaie de vivre comme tout le monde, je n'y arriverai pas. Quitte à être réinternée de temps en temps, je ne veux pas avoir une vie plate comme ma soeur".

Après extinction des productions imaginatives et une bonne réintégration dans l'ordre du réel, elle est reprise par sa famille mais, selon un circuit presque institutionnalisé, l'IP nous la renvoie au bout d'un mois.

Le tableau s'enrichit cette fois-ci d'un chapitre érotique dont les thèmes sont prévisibles. En plus de la pan-espionnite "elle est sollicitée par des gangsters pour coucher avec"la Comtesse de Hauteville". Ces derniers voudraient qu'elle se prostitue avec des hommes et des femmes".

"Tout ça c'est parce qu'elle est quelqu'un, pas n'importe qui".

Rapatriée à Lille, elle a été perdue de vue jusqu'à maintenant.

Cette observation, tant dans son analyse structurale et thématique que dans son étude diachronique, pose quelques interrogations diagnostiques ; psychose aiguë ou chronique, discordante ou non, développée ou non dans le champ de la problématique hystérique.

Si l'on considère que l'état psychotique aigu est en règle un "moment" (au sens physique mécanique du terme) qui s'autonomise par rapport à une conjoncture terrain/aléas de la trajectoire de personnalité, dans le mouvement dialectique de l'angoisse et de la destructuration de conscience, les psychoses chroniques en sont le réaménagement cicatriciel plus ou moins stable soit derrière une protection autistique devant une discordance éprouvée, soit en constituant une néo ou paramondanité "tranquille".

Or, chez notre malade, structuralement, on retrouve au début des trois épisodes suivis dans le service un niveau aigu de destructuration de conscience où, masquant une dépersonnalisation qui se retrouve dans la troublante coalescence de soi-même et de l'ambiance, se désorganisent les espaces vécus du champ phénoménal; les données externes vibrent de signifiés étranges. C'est le stade des interprétations, des intuitions. Puis les axes de référence se renversent, épinglent le sujet au centre du monde, dramatisant le vécu dans un courant intentionnel profondément dramatique. C'est là que s'inscrivent les voyages pathologiques, les itinérations et conduites qui éveillent l'attention de l'ordre public. Mais cette objectivation en marche s'arrête à mi-chemin. Les limites de sa corporéité ne sont jamais brisées : on ne retrouve pas ou prou de syndrome d'influence constitué.

L'ambiguité de la destructuration permet ainsi à la fois la réalisation et le contrôle de son néopersonnage. Personnage fantasmatique à la fois ici sujet et objet, cause et conséquence. Ce qui nous explique le théâtre incoerciblement

et volontairement joué dans lequel le car de police et l'IP en sont et le décor et le nécessaire spectateur à la rassurante consistance.

Le caractère aigu du trouble se trouve d'autre part corroboré par son extinction rapide sous thérapeutique et le retour à un niveau strictement normatif de sa personnalité dans les stades intercritiques.

La schizophrénie ne peut être ainsi évoquée car tout se déroule ici à la périphérie de la personnalité. Jamais derrière l'acuité de son angoisse on ne retrouve mis en question le sentiment de sa propre existence. Le moi structurant reste toujours postulé. Le délire n'est jamais protection passive mais question active.

Question qui nous renvoie directement aux aléas de ses identifications et de son identifié actuel.

La biographie, le comportement, nous révèlent surtout chez la malade un attachement pathogène à une mère pathologique, un père toujours éprouvé comme rival détesté et désiré.

L'interprétation lacanienne d'une fixation au stade d'"être le phallus de la mère en son désir", sa certitude et son impossible dépassement, l'interdiction paternelle vécue dans l'angoisse d'une schize mère-enfant, situent exactement la problématique hystérique de Melle B..

Une première interrogation diagnostique se posait devant l'aspect subaigu des troubles, rechutes nombreuses émaillant son histoire depuis l'âge de 16 ans. La notion de structure hystérique nous en permet une compréhension nouvelle et de les replacer dans leur contexte : celui de l'achopement de ses identifications et de sa difficulté à ériger un personnage constitué stable que son drame personnel et les évènements remettent perpétuellement en question.

A 16 ans, échec au bac. Bouffée dépressive. A 17 ans, propédeutique, également épisode dépressif, brusquement guéri par une conversation avec un prêtre. A 24 ans, idem, brusquement guéri à l'annonce de la mort de son père. A partir de 28 ans, le drame de l'écart entre réalité de moi structurant et inconsistance du moi structuré apparaît. La distance personne/personnage devient à ce point, cruciale, que le moindre évènement remet ce dernier en question. Drame qui ne peut se résoudre que dans la fantasmatisation vécue.

Ce dernier concept peut alors permettre de résoudre la 2ème interrogation que pose la constatation d'une thématique riche, trop riche, d'une dynamique imaginative et romanesque évidente en contradiction avec le peu de destructuration de conscience constatée.

Le diagnostic pouvait se poser avec une "paraphrénisation" au sens actuel du mot car ce qui caractérise le délire paraphrénique vrai "c'est que sans frein et sans fin coule de source le délire de grandeur. Il submerge la totalité du monde, et trait également caractéristique, il superpose sa grandeur au monde réel, de telle sorte que le sujet dans une manière de diplopie voit et vit deux mondes : celui de la réalité quotidienne et celui de la fiction qui élargit le moi jusqu'à un horizon infini et éternel" (H. EY).
Or la réalité chez Melle B.. n'est appréhendée que dans la mesure nécessaire où elle est reflet spéculaire de ce drame qu'elle se voit jouer et qu'elle se joue. Nous sommes là bien loin de la néo-mondanité stable du paraphrène.

Le diagnostic s'approche plus quand se posent des "délires d'imagination" de Dupré où "le délirant imaginatif projette son délire dans de pseudo-réalités qui deviennent pour lui la preuve objective de la légitimité de son délire; il commence par créer le fait extérieur et de la sorte peut justifier son affirmation dont la formule est en réalité

antérieure à toute expérience. La fabulation est un processus exactement inverse de la véritable interprétation. Le délire ... représente à cet égard un point d'équilibre parfois savamment calculé entre le réel auquel il adhère et l'irréel auquel il n'emprunte que le strict nécessaire à la construction délirante ..." (Dupré 1910).

En 1914, Dupré s'approchera plus de notre cas dans sa description de "psychose aiguë imaginative" caractérisée par l'éclosion rapide d'une fable riche en péripéties et aventures romanesques où la fiction s'impose à l'esprit selon un processus purement imaginatif.

Dupré reconnaît que de tels épisodes psychotiques surviennent le plus souvent chez les constitutions hystériques.

Quels que soient la dénomination et le cadre extensif ou restrictif dans lesquels on souhaite ranger ce que l'on ne peut constater autrement que psychotique et hystérique. on peut toutefois se poser la question si une certaine linéarité n'unit pas hystérie, mythomanie, psychose imaginative aiguë ou chronique jusqu'à la paraphrénie, c'est-à-dire de l'angoisse native à la cicatrisation délirante de l'impossible personnage constitué.

A P E R C U S P S Y C H O M E T R I Q U E S

-:-

Nous tenons encore à remercier MM. ANGELINI et ADAM, Psychologues du service du Docteur FOLLIN, pour le considérable travail qu'ils ont bien voulu faire ici.

Nous leur sommes également extrêmement reconnaissant de l'amabilité avec laquelle ils ont reçu toutes nos demandes.

Cette partie du travail leur revient de droit.

Nous avons regroupé les malades testés en un tableau synoptique (Tableau I) où sont notés l'âge, le niveau culturel (NC), le Q.I., le coefficient de détérioration éventuelle au Benton, le nombre de réponses (NR) en Rorschach.

Nous les avons classées selon la classification de Perse qui, au Rorschach, retrouve chez les protocoles d'hystériques 3 pôles principaux. Nous citons :

1 - Les protocoles franchement inhibés, courts, pauvres, avec un nombre faible de réponses globales et un type de résonnance intime coarcté ou coarctatif et sans signes de la série expansion.

2 - Les protocoles relativement longs et complexes, comportant de nombreux signes de la série expansion avec un type de résonnance intime franchement extratensif.

3 - Les protocoles mixtes avec un type de résonnance intime coarcté ou coarctatif ne présentant pas de signes d'inhibition et un nombre restreint de signes de la série expansion.

A ces pôles correspondraient des caractéristiques cliniques :

Dans le groupe inhibition (IN) :
- présence de manifestations de conversion.
- pauvreté des intérêts et des investissements.
- existence possible de troubles du comportement.

Dans le groupe expansion (EX) :
- existence de manifestations dépressives.
- troubles majeurs du comportement.
- érotisation des rapports sociaux.
- tendance à l'histrionisme.

Dans le groupe mixte (MX) :
- tendance aux manifestations dépressives.
- tendance aux conversions.
- histrionisme important.
- dépendance anormale au milieu familial ou ambiant.

Un certain nombre de nos psychotiques n'ont pu être classées et ont été rangées en hors catégories (HC).

Nous consignons quelques résultats bruts dans les tableaux II, III, IV et V.

EXPOSE DES RESULTATS

A - Répartition des malades selon les critères exposés ci-dessus

C'est un résultat non significatif. Sur 20 malades, 3 se répartissent en expansion, 7 en inhibition, 6 en mixtes. 4 malades ne peuvent entrer dans aucun des groupes suscités et sont classées hors catégories.

Le groupe hors catégories diffère d'ailleurs à beaucoup de points de vue des trois autres, sur le nombre des réponses, leur répartition, l'aspect plus ou moins stimulant des différentes planches, les contenus enfin.

La ventilation des malades en ces quatre catégories ne recoupe pas une différenciation clinique appréciable ; au plus dans le groupe EX. un aspect discrètement plus persécutif du vécu délirant (Obs. IX. XI. XIII).

Le groupe hors catégories n'a rien cliniquement de spécifique également (cf. Obs. VIII).

B - Les résultats globaux des examens psychométriques

Les résultats globaux ont été consignés pour l'essentiel et sans aucun remaniement, dans le Tableau VI.

Ils sont centrés essentiellement sur le Rorschach. Là encore, on note la grande hétérogénéité des résultats, en contradiction avec la grande concordance clinique.

Néanmoins, certains aperçus peuvent être extraits :

I - On remarque : la fréquence des structures névrotiques fragiles ou "non constituées" avec faiblesse des mécanismes de défense.

la fréquence également de signes de "décompensation névrotique" lorsque l'hystérie est organisée selon un mode névrotique constitué, ce qui est rare chez nos malades.

la fréquence des signes de labilité émotionnelle, vulnérabilité, infantilisme, revendication affective, ensemble de traits correspondants à la personnalité hystérique.

la fréquence enfin de signes associés à type de traits phobiques, obsessionnels ou signes psychasthéniques mineurs et sans organisation.

2 - A côté de troubles du caractère possibles (signalés dans un tiers des cas), l'étude du versant psychotique, pratiquement toujours retrouvé, nontre des atypicités certaines mais présente un signe négatif important : la probabilité de non-évolution schizophrénique (absence de signes dissociatifs).

C - Analyse des contenus

Sont envisagés ici les contenus, le problème de la négation de la représentation phallique, le refus et les blocages (Tableaux VII et VIII).

On remarque que :

- les réponses sexuelles sont rares (jamais aussi directes que chez les vrais psychotiques, schizophrènes en particulier). Elles sont exprimées soit au travers de réponses anatomiques, et le plus souvent sanglantes, soit par ce "jeu de la dénégation" que représente la négation de la représentation phallique (voir Perse).

- l'aspect hystérique est corroboré par les difficultés fréquentes d'approche à la planche IV (union des sexes) et VI (phallique et vaginale). Ce sont en règle chez nos malades les deux planches les plus refusées, provoquant une nette baisse des réponses. Beaucoup auront tendance à surcompenser le choc sexuel (quand il n'y a pas de refus) par des réponses à contenu mystique.

Il est difficile de donner une valeur probante à une analyse des contenus seuls, mais il s'en dégage néanmoins indubitablement 3 lignes de force :

a - Les réponses anatomiques sont plus fréquentes que la norme, surtout dans les sous-groupes IN et EX, et témoignent d'une nette anxiété liée au corps (morcellement). Anxiété qui renvoie aux problèmes des identifications primaires.

b - La fréquence des réponses à contenu plastique, manquant de structure stable, est également à no er (réponses élément-fragment de type "nuages"). Réponses vraisemblablement en rapport avec l'angoisse diffuse et au peu de structuration du Moi.

c - Les réponses dont la cotation évoque un contenu délirant sont également assez fréquentes (arts, scène, paysage). Elles le sont d'autant plus que le test a été pratiqué plus proche de l'épisode initial.

Nous nous contenterons de fournir ces résultats sous leur aspect brut, sachant notre échantillonnage réduit (20 cas).

On peut néanmoins en conclusion retenir deux affirmations :

La fréquence des traits de personnalité hystérique sans élaboration névrotique vraie.

Un versant psychotique sans probabilité d'évolution dissociative.

TABLEAU I

Groupe nucléaire	N° Obs.	Age	N.C.	Q.I. (Voc)	Q.I.	(WB)	d (WB)	d (banton)	Profession	NR Rors-chach
EX.										
BLA...	IX	22.7	4	117	97	106 8E	26		Décoratrice	31
BRI...	XIII	29.5	6	121					Institutrice	36
LE MOA...	XI	34	3	106	92	89 85	38	3	Manucure	27
IN.										
BOU...	I	21.10	3	104	101	104 99	6		Secrétaire	22
EXP...		34.10	2	83	100	9C 111	4.5	0	Vendeuse	12
GOD...	III	22.11	3	100	91	93 91	15	0	Démonstratrice	12
MAL...	V	37.3	3	102	95	94 96	21	2	Femme de ménage	14
MAM...	VII	42.4	3	96				3	Employée de maison	28
MON...	IV	32.9	3	91	86	96 78	23	3	Esthéticienne	13
PRA...	VI	30	4	89	102	102 102	<	2	Mécanographe comptable	26
MIX.										
DE VAN...		39.2								14
FAV...		17.7	3	100	89	95 84	<	3		16
MAL...		22.9	4	104				1	Secrétaire	19
MEI...		35.10	4	117						17
MER...	XII	28.7	4	104				1	Adjoint adm.	18
SCOU..		32.4	2	85	91	98	48	4	Employée de maison	19
HC.										
DEL...		32.7	2	104	91	99 83	23.5	4	Sténodactylo	31
DEN...		21.11	4	91	99	94 106	25.5	0	Coiffeuse	62
GIR...		24.1	4	106					Secrétaire	51
VAN EXT..	VIII	28.4	2	96	71	70 76	27	5	Femme de service	18

TABLEAU II

MALADES "INHIBITION"

	N° Obs.	SC-K ⩾ 2	CF + C > FC	kob ⩾ I	bot > I	RC > 40	Monstre IV	Lien	Host.Neg.Phal. Spect.	SE	SI	SS
CAI...										0	3	3
EYP...										0	3	3
M.M...	VII									0	3	3
MOU...										0	3	3
VOI...										0	3	3
PRA...	VI						+			1	3	3
MON...	IV		+							1	3	3
BAB...	II		+							1	3	3
MAL...	V									0	4	4
CLOE..										0	4	4
BOU...	I						+			1	4	4
ANT...								+		1	4	5
DIE...										1	4	5
GOD...	III									0	6	6
LAF...			+							0	6	6
QUE...			+		+					1	6	6
										2		8

TABLEAU III

MALADES "INHIBITION"

	Obs. N°	Ban < 5	R < 15	G < 5	K < 2	F% > 60	A% > 50	SI	SE	SS
CAI...					+	+	+	3	0	3
EYP...			+		+	+		3	0	3
MAM...	VII			+	+	+		3	0	3
MOU...					+	+	+	3	0	3
VOI...				+		+	+	3	0	3
PRA...	VI				+	+	+	3	1	4
MON...	IV	+	+			+		3	1	4
BAB...	II	+	+				+	3	1	4
MAL...	V		+	+	+	+		4	0	4
CLO...			+		+	+	+	4	0	4
BOU...	I			+	+	+	+	4	1	5
ANT...		+		+	+	+		4	1	5
DIE...		+	+	+	+	+	+	6	0	6
GOD...	III	+	+	+	+	+	+	6	0	6
LAF...		+	+	+	+	+	+	6	1	7
QUE...		+	+	+	+	+	+	6	2	8
Totaux		7	9	9	13	15	11			

TABLEAU IV

MALADES "EXPANSION"

	N° Obs.	SC-K ⩾ 2	CF + C > FC	kob ⩾ I	Bot > I	RC% > 40	Monstre IV	Lien	Host.	Nég. phal.	Spect.	SE	SI	SS
BEN...		+	+		+	+			+			5	0	5
BRI...	XIII	+			+			+	+	+		5	0	5
BLA...	IX	+	+			+		+	+			5	1	6
GUI...		+	+	+					+	+		5	1	6
GIL...		+	+		+	+	+		+			6	1	7
LE MOA.	XI	+	+		+	+	+		+			6	1	7
COU...		+	+				+	+	+		+	6	2	8
Totaux		7	6	1	4	4	3	3	7	2	1			

TABLEAU V

MALADES "EXPANSION"

	Obs. N°	Ban < 5	R < 15	G < 5	K < 2	F% > 60	A% > 50	SI	SE	SS
BEN...								0	5	5
BRI...	XIII							0	5	5
BLA...	IX				+			1	5	6
GUA...					+			1	5	6
GIL...					+			1	6	7
LE MOA..	XI						+	1	6	7
COU...		+			+			2	6	8
Totaux		1	0	0	4	0	1			

TABLEAU VI

Sujets	VERSANT NEVROTIQUE (système de défense, type de défense)	VERSANT PSYCHOPATHIQUE (Troubles caractère et comportement, déséquilibre)	VERSANT PSYCHOTIQUE	AUTRES ? REMARQUES ..
1 (IX)	Syst. de déf. Faible type : hystéro phobique. Troubles névrotiques anciens (Oedipe pas résolu)	Troubles de caractère - impulsivité	Recrutement de mécanismes de déf. + archaïques, de type psychotique - pb de régression	Labilité émotionnelle angoisse pb d'identification
2 (XIII)		Impulsivité Subexcitation Fond caractériel	Traits paranoiaques Evolut. Psychotique possible	Labilité Infantilisme
3 (XI)	Syst. de déf. : absent.	Personnalité psychopathique à minima		Labilité - influençable suggestible
4 (I)	Structure névrotique hystérique. Fond psychasthénique et sensitif	Réactions caractérielles	Pas de signes d'évolution dissociative	
5	Structure névrotique hystérique décompensée		Délire. Pas de signes dissociatifs	
6 (III)	Structure névrotique atypique phobo-hystérique décompensée - fond psychasthénique		Présence d'éléments psychotiques (délirants)	Caractère mixte

Suite Tableau VI

7 (V)	Hystérie de conversion. Pas de signe du "caractère hystérique"		Structure psychotique (bouffées délirante). Pas de signes autistiques dissociatifs	
8 (VII)	Structure névrotique hystérique décompensée		Etat délirant - pas d'évolution schizo- (dissociat.)	Pb d'adaptation sexuelle. Infantilisme
9 (IV)				Protocole normal
10 (VI)	Pas de structure névrotique constituée - personnalité hystérique - traits psychasthéniques mineurs	Possibilité de troubles du caractère et du comportement		
11	Caractère hystérique qq. mécanismes de déf. phobiques		Tableau non psychotique	Labile. Infantilisme. Fond dépressif sensitif
12	Pas de structure névrotique constituée. Toile de fond hystéroïde		Pas de signes de dissociation schizophrénique	Infantilisme. Affectivité dominante. Immaturité.
13	Personnalité hystérique	Proche du versant "déséquilibre" tr. sérieux du caractère et du comportement	Pas de signes d'entrée en schizo. - état délirant aigu	
14	Structure névrotique	Pas de trait psychotique	Terrain psychasthénique fragile	Labile. Revendication affective Infantilisme

Suite Tableau VI

15 (XII)	Pas de structure névrotique constituée Traits ixoïdes		Terrain psychotique ébauches schizo-destructuration en cours - délire	
16	Structure névrotique hystéro-phobique en décompensation	Possibilité de tr. du caractère et du comportement (mais pas d'impulsivité)	Recul dans l'imaginaire et tendance mytho-maniaque	Adaptation affectivité bonne
17	Pas de structure névrotique constituée. Traits phobo-obsessionnels mineurs - Personnalité hystérique atypique		Aspect sensitif tendances interprétatives possibles dans épisode psychotique aigu	Affectivité bien adaptée. Peu infantile. Dynamisme riche
18			Peut-être prologue à évolution schizophrénique. Fond d'excitation et d'exaltation délirante	Espoir d'évolution en structure névrotique hystérique
19	Pas de structure névrotique constituée		Terrain psychotique pas schizo.	Dynamisme riche
20 (VIII)	Pas de structure névrotique constituée Angoisse phobique. Traits obsessionnels		Pas de signes dissociatifs	Labilité Important refoulement baisse déficience

TABLEAU VII

TABLEAU DES CONTENUS

Contenus / Groupes	Animaux	Humains	Anat.	Objet	Bot.	Eléments Fragments	Arts Arch. Scène Pays.	Abstr. Symb. Signes Embl.	Feu Sang	Sexe	Géo.	Alim.	Masque	Total
Expansion	41	13	12	4	7	4	4	1		2	4	1	1	94
Inhibition	67	24	19	10	1	4		1				1		127
Mixte	52	19	5	6	10	2	4	1	3	1				103
Hors-catégorie	51	39	7	17	5	10	12	17	3	1				162
TOTAL	211	95	43	37	23	20	20	20	6	4	4	2	1	486

TABLEAU VIII

Groupes / Contenus	Ensemble des groupes	Expansion	Inhibition	Mixte	Hors-catégorie
Animaux	43 %	44 %	53 %	50 %	32 %
Humains	19 %	14 %	19 %	18 %	24 %
Anatomiques	9 %	13 %	15 %	5 %	4 %
Objet	8 %	4 %	8 %	6 %	10 %
Botanique	5 %	7 %		10 %	
Eléments-fragments	4 %	4 %	3 %		6 %
Arts, architecture, scène, paysage	4 %	4 %		4 %	7 %
Abstractions, symboles, signes, emblèmes	4 %	4 %		4 %	10 %
Feu, sang				3 %	

S Y N T H E S E

-:-:-:-:-:-:-:-

Au terme de ces observations que nous avons volontairement détaillées et, dans la mesure de notre possible, explicitées, plusieurs ordres de faits cliniques et structuraux peuvent être mis en évidence.

Comme dans toute approche clinique, deux modes de pensée préalables peuvent concourir. Notre choix des cas peut être déterminé selon deux optiques : il est possible en effet de considérer les caractères certains qui isolent cet échantillonnage des autres et poser ensuite le problème de leur spécificité.

On peut d'autre part envisager notre hypothèse de travail comme non-limitative et en rechercher les lignes de force qui lui donnent, au travers de tableaux divers, une certaine linéarité clinique.

Or, ces deux champs de recherche sont loin d'être exclusifs et il ne s'agit pas de faire un travail de nosographe.

Les "bouffées délirantes" n'ont pas de signification <u>en soi</u>. Poser un diagnostic nominatif est une cristallisation morte et vide de sens. Les psychoses aiguës ne valent et ne peuvent être conceptualisées que dans l'appréhension globale du terrain, de la conjoncture, du processus et du devenir. Aucun des symptômes que nous pourrons extraire n'ont ici de valeur pathognomonique.

Ils ne signifient que dans la "gestalt" où se déroule la maladie. Une psychose aiguë n'est hystérique qu'en tant que "moment privilégié" s'isolant sur un champ relationnel vécu qui, lui, peut être appelé qualitativement "hystérique".

Et la nécessité d'une approche dynamique s'en confirme d'autant que l'une des spécificités caractéristiques du champ hystérique est l'aptitude constante à la variation.

Nous étudierons donc successivement la figure et le fond; la psychose et son terrain, terminant par leur articulation qu'est la conjoncture.

CLINIQUE

L'étude structurale détaillée des moments psychotiques ayant été tentée au cours de chaque observation, nous nous contenterons d'en faire une revue clinique synthétique.

- Le début de ces épisodes est en règle brutal. Cette soudaineté de l'entrée psychotique avait déjà été signalée et faisait partie des signes cardinaux de la "folie hystérique" des classiques.

La psychose apparaît cliniquement soit en 24 heures sans prodromes objectivement alertants (Obs. III. IV. VI), soit en quelques jours (Obs. V. VIII. XIII) et se situe rapidement à un niveau variable de destructuration. Fréquemment également, on note une phase prélimimaire de une à deux semaines caractérisée par des troubles de l'humeur s'exprimant soit selon un mode excitatif léger (Obs. I), soit surtout selon un mode dépressif à type de nervosité, instabilité, méditation perplexe (Obs. IV. VIII. X) avec extériorisation d'une angoisse de culpabilité réelle ou phantasmatique.

Subjectivement, ces phases sont éprouvées dans un syndrome de dépersonnalisation plus ou moins complet, mais souvent thématisé (Obs. II. VII. IX. XI) qui caractérise le premier stade d'altération de conscience.

- Cette dépersonnalisation reste fugace, labile et n'est jamais ressentie comme chez les psychasthènes dans l'angoissante conscience "de se vivre existant sur le mode de la non existence" (Follin), marquant en des degrés divers son douloureux éprouvé d'être étranger ou marginal par rapport au flux vital ambiant.

La dépersonnalisation hystérique reste toujours au contraire vécue dans une atmosphère d'élation ineffable, comme transfiguration de soi-même. Elle oscille de la "dépossession orgastique" à la "possession gravidique" et est toujours précocement thématisée en une relation mystico sexuelle très symptomatique.

Ce sentiment de dépersonnalisation soit restera extériorisé au cours de l'épisode psychotique si la destructuration reste légère, soit deviendra implicite et ne sera plus ressenti comme tel lorsque le vécu délirant sera plus proche de l'onirisme.

L'état psychotique constitué, plusieurs signes négatifs se mettent en évidence.

- On ne retrouve jamais de confusion vraie avec désorientation temporo spatiale authentique. Nous sommes renvoyés ici à la "distraction" au sens de Chaslin.

Jaspers appelle d'ailleurs "Etat de conscience altérée" cette forme de conscience morbide dont les contenus sont fortement différenciés et "découpés avec netteté en même temps qu'ils sont coupés de la réalité".

La situation interne passe au premier plan des préoccupations du malade qui se désintéresse de l'ambiance.

La "gestaltisation" y revêt qualitativement et quantitativement un aspect nouveau où prévalent ses projections présentifiées ou réifiées. Cet état se situe ici à un niveau bien supérieur à la confusion mentale vraie. Il n'en est pour

preuve que l'absence en règle d'amnésie au décours. Lorsqu'elle existe, elle est ou acceptée avec une "belle indifférence" ou scotomisée et s'apparente à la dénégation. L'amnésie de la confusion, de la "conscience décomposée" s'accompagne au contraire d'une sensation de lacune existentielle ressentie avec angoisse par le malade.

Ce trouble commun à beaucoup d'états oniroïdes, lorsqu'il se développe sur un fond hystérique apparaît ajouter à la prégnance des bouleversements internes une vigilance aiguë et sélective propre à appréhender tout ce qui dans l'ambiance ou chez l'Autre entrera en résonnance avec sa propre angoisse.

Cette résonnance est par ailleurs quasi-continue, signant l'impérative quête des qualités de théâtre et de Spectateur qu'elle leur assigne. Il s'introduit ainsi dans les psychoses une distractivité scandée tout à fait caractéristique des états crépusculaires hystériques.

- Cette psychose aiguë avec sa présence au monde si particulière, lorsque s'associent la vividité, l'incoercibilité du subjectif qui s'extranéise, lorsque l'humeur est à la satisfaction de la communication et de l'union divine, peut en imposer fréquemment pour un tableau maniaque, au moins à son début.

Nous retrouvons en effet un tableau excitatif ou maniacoïde colorant la psychose confirmée dans 8 sur 13 observations décrites (Obs. III. IV. VI. VII. IX. X. XII. XIII).

Si pour EY toute destructuration implique celle qui lui est antérieure, un certain ordre maniaque dépressif peut être considéré comme implicite dans toute psychose aiguë.

Or, nous ne sommes pas ici dans la Joie ou la Festivité boulimique mais dans le Bonheur de l'Union enfin retrouvée.

Le Temps, comme mouvement de l'Etre, n'est pas indéfiniment ouvert à la conquête dans un irrépressible désir. Il est au contraire dilaté en un présent statique ; le passé est aboli par la transformation rédemptrice, l'avenir oblitéré par l'immédiat de l'extase.

Le ludisme n'est pas manipulation "pour le plaisir" mais essentiellement médiateur rendu inoffensif d'une séduction à l'Autre, échange intensément sexualisé et recherche rassurante.

- Ce diagnostic différentiel ne se pose d'ailleurs plus quand successivement se mettent en évidence les niveaux psychotiques d'altération de conscience succédant ou dominant la dépersonnalisation.

Conrad, dans sa phénoménalogie geltaltiste met en évidence un stade primaire d'angoisse psychotique où le malade s'éprouve comme concerné par une ambiance coagulée par tout un réseau de significations étranges. Il le dénomme "Trema" (trac) par analogie avec la situation de l'artiste cloué et pour ainsi dire démudé par le Regard du public. A un degré de plus, cette étrangeté est cristallisée et "comprise" par l'intuition délirante (apophenie) qui fixe ainsi le malade au centre de Son monde devenu LE monde (Anastrophé).

Le trema est un signe de grande fréquence. Nous le retrouvons souvent simplement ébauché mais toujours explicité comme tel (Obs. I. II. IV. VIII. IX. X. XI. XIII), parfois poussé jusqu'à l'anastrophé (Obs. IV. XIII).

- Le renversement des axes du vécu dans l'altération de l'espace fictif où se tissent les rapports Moi/Monde, est évidemment fort proche de l'objectivation du sujet.

Les états de "dédoublement hallucinatoire", d'automatisme mental, de syndrome d'emprise que Ey décrit comme une "altération des espaces vécus dans le champ phénoménal que

compose la totalité des perceptions internes ou externes de l'expérience actuelle", se retrouvent dans ces observations, plus ou moins transitoires, plus ou moins élaborés.

Ils sont en règle intégrés dans une thématique délirante, soit de communication divine ou magique, le plus souvent sous forme de dialogue manichéen, soit plus rarement, franchement persécutive.

La rareté dans les psychoses hystériques d'un automatisme mental persécutif vrai (type P.H.C.) mérite d'être soulignée.

- Un degré plus profond de destructuration est atteint lorsque le monde des objets va se gonfler d'imaginaire et devenir un monde d'images où le rêve délirant emplit la conscience crépusculaire (Obs. III. IV. V. VI. VII).

L'état délirant oniroïde s'y constitue rapidement, soit d'emblée (Obs. III. IV. VI), soit en achèvement des états précédents constitués en prodrome.

On y retrouve les caractères typiques d'animation des objets, la scènification et l'objectivation des symboles métaphoriques, la dramatisation et l'artificialisation du vécu.

Dans ces observations, les états oniroïdes, bien que typiques, sont néanmoins caractéristiques par leur brièveté, souvent de quelques heures et ne laissant après elle que le thème délirant ou plus fréquemment le souvenir ineffable d'une élation à laquelle la malade se raccroche encore.

Cette brièveté, même compte tenu de la thérapeutique actuelle, apparaît caractéristique des psychoses hystériques et était signalée par les auteurs anciens.

Schématiquement, la thématique que sous-tendent les niveaux de destructuration précédents se réduit à quelques idées ou constructions très focalisées et remarquablement homogènes dans la série d'observations.

Elle est en règle soit le plus fréquemment mystico-sexuelle (Obs. III. VI. VII. XI) ou plus rarement de type persécution sexuelle (Obs. II. V. XI. XIII), soit du genre "délire de filiation paternelle" (Obs. I. IV).

Dans trois observations, la destructuration n'a pas été suffisamment profonde pour que se construise un délire et tout en est resté à une extranéisation hallucinatoire non systématisée (Obs. VIII. IX. XII).

Mais élation mystico sexuelle, "délire de filiation paternelle" nous renvoient à l'évidence au problème crucial de la thématique oedipienne qui s'extériorise dans ces délires. Les thèmes de persécution sexuelle s'y rattachent d'ailleurs directement par les troubles de l'"identité sexuelle" qu'ils révèlent.

La référence éroticomystique était déjà caractérisée par les anciens comme particulière des "folies hystériques".

Nous retrouvons en effet constamment, de manière fugace ou plus élaborée, un moment extatique d'union divine éprouvé dans une élation quasi-orgastique de dépossession de soi. Dépossession qui renvoie à la Possession par l'objet fascinant et craint.

Nacht-Racamier, analysant le retour sur le moi des pulsions désinvesties dans l'angoisse psychotique, signalent que "c'est alors que le malade peut rencontrer l'EXTASE (ou le suicide). L'une (et l'autre) résultant du retour du sujet des tendances libidinales (ou agressives) antérieurement libérées. L'un (et l'autre) sont vécus comme une réunification parfaite totale et définitive avec l'objet".

L'objet qui est ici Dieu-Père idéalisé situe exactement un des achoppements centraux de nos malades et explique les thèmes de filiation paternelle souvent rencontrés.

La biographie nous révèle une fréquence hautement significative d'altération grave de l'image parentale : père quasi-forclos (Obs. I. III. IV), dévalorisé (II. VI. VII. VIII) ou abusivement protecteur (Obs. V et IX). Mère précocement disparue, (X) ou pathogène (XIII).

Dans deux observations seulement sur 13, on ne note aucun trouble apparent.

Le rôle du conflit oedipien dans les psychoses est une question certes discutée.

Nacht et Racamier discutent sur la nature des conflits propres aux délirants, affirment "Pour notre part, nous croyons devoir insister sur la fréquence et l'importance du conflit oedipien chez les délirants et les psychotiques ... Ce n'est pas le hasard qui veut que la majorité des schizophrènes et la plupart des délires se déclenchent à l'adolescence ou devant les accomplissements adultes qui proposent l'identification au parent du sexe opposé, c'est-à-dire au moment de la réactivation du complexe d'Oedipe.

On ne nous fera certes pas dire qu'il suffit d'avoir un complexe d'Oedipe pour délirer. Nous ne voulons pas non plus nier ni minimiser l'extrême importance des conflits prégénitaux. On sait bien d'ailleurs que la clinique psychanalytique moderne n'opère plus la séparation radicale qu'elle croyait naguère trouver entre les conflits oedipiens et préoedipiens. Ceux-là ne sont délétères que surgissant sur les décombres de ceux-ci".

Et Lebovici insiste "Les modalités de la relation oedipienne, après toute fonction de l'évolution même du moi, ne définissent pas à elles seules les bases conflictuelles de

cette organisation. On ne saurait trop insister sur l'aspect pré génital de cette relation qui est plus oedipifiée qu'oedipienne".

Aspect pré génital qui est ici conflit au niveau plus archaïque de l'identification et de la personnalisation.

La thématique oedipienne est alors "lieu apparent du drame" (Follin). Le conflit n'est pas l'Oedipe en soi. Celui-ci n'est chez l'hystérique que moment dernier et indispensable des séquences dramatiques de sa personnalisation en tant qu'être sexué.

Chez elle, le délire est solution de conflit, certes en partie DE l'Oedipe mais surtout PAR lui ; c'est par cette "oedipification" que se résoud l'impossible assomption de son image de soi, dans le retour au Paradis perdu ou dans une filiation délirante.

Cette tentative de résolution se situe DANS le mouvement même de l'épreuve oniroïde que S. Follin décrit ainsi :

"Je les considère comme l'articulation dynamique de cette altération du personnage structuré et de la désorganisation formelle du champ de conscience dans une angoisse objectivante qui se donne, dans le délire et la relation actuelle à Autrui, la fascination de personnages phantasmatiques que la décentration des fonctions structurantes ne permet pas de stabiliser, de centrer dans son champ propre".

La thématique oedipienne apparaît ainsi comme une tentative dérisoire de personnalisation où la malade puisse se retrouver "en sécurité", pérénisant ainsi "la bonne situation" qu'elle ne peut ni n'ose dépasser.

Cette expression oedipienne directe par son "pseudo défoulement" apparaît comme inverse de ce que traduisent des structures névrotiques hystériques constituées. Mais cette union recherchée est identiquement éprouvée comme dangereuse

et par ce mécanisme opposé à celui de la névrose, aboutit au même compromis.

Si la Névrosée, par refoulement ou conversion, dénie ou transcode le conflit oedipien, la Psychotique, par l'affirmation délirante, dans ce vertige angoissant des personnages qu'elle se donne et vit dans l'ambiguité d'une destructuration où la conscience de son trouble devient son propre alibi, retrouve la même négation en l'inversant dans le licite de l'aliénation.

Cette affirmation sécurisante mais désamorcée se situe ainsi exactement dans les "comme si" et les "presque" de la problématique hystérique.

L'hystérique aliénée est cette Autre fascinante qui est elle-même sans l'être réellement, sujet et objet d'un drame théâtral où "tout est permis" mais où rien n'est vraiment et définitivement vécu car protégé par le masque de la folie.

Une telle position n'est admissible qu'à ce niveau de conscience peu altérée que représentent les psychoses hystériques.

L'altération est en effet imparfaite ; l'objectivation s'arrête à mi chemin, permettant par cette ambiguité que s'extranéisent les problèmes existentiels tout en maintenant l'angoissante réalité toujours présente. Le flux quotidien reste correctement perçu dans ses dimensions, mais sélectivement, à la mesure exacte de ses résonnances possibles. C'est à ce niveau de destructuration si particulier que s'explique le moment "déficitaire" caractéristique où "dans l'extase, la double nuance de FASCINATION et de SPECULARITE articule la FORME et le CONTENU, en nous mettant ainsi sur la voie d'une STRUCTURE particulière" (S. Follin).

Cette structure renvoie directement à l'hystérie où l'angoisse se fuit par le moyen d'une recherche forcenée et insatisfaisante d'une image de soi, dans la fascination du travestissement délirant et de ses ouvertures possibles.

Le personnage déjà traumatiquement remis en question, altéré par le processus psychotique, se cherche au travers d'une angoisse qui ne lui donne d'autres issues que de se jouer fantasmatiquement réalisé, offrant toutes les identifications possibles à elle-même et à l'autre.

Cette quête est en effet exprimée au travers d'un champ intensément relationnel où elle s'offre ainsi en un véritable jeu, cherchant la réponse spéculaire de ses propositions thématiques, toujours prête à les réajuster en un véritable mimétisme au désir de l'autre.

Le tableau clinique se parachève en effet par cette sensibilité au contact, la boulimie affective, les fausses réticences évoquant le jeu de la dérobade, les demandes puériles de gratification, la variabilité scénique selon les témoins dont les attitudes règlent en retour le déroulement du délire.

Nous sommes au niveau d'un "théâtralisme" où sur la scène de la psychose se jouent des ROLES multiples qui n'ont d'autre signification profonde que la recherche angoissante de son propre REFLET, en d'autres termes d'une image de soi éprouvée posant directement le problème de sa propre EXISTENCE, selon un mécanisme quasi-projectif par rapport à l'AUTRE.

Et c'est là que se situe la notion de déficit spécifique d'une structure qui nous amène à la notion de "terrain".

La destructuration psychotique proprement dite s'effaçant rapidement (entre 1 et 10 jours) la fin de l'accès va passer par une phase de perplexité où le sujet, recentrant

adéquatement ses activités de conscience, s'interroge sur la validité des expériences vécues par rapport au personnage réel qui se retrouve. Cette perplexité reste ainsi très différente de l'angoissant travail d'assimilation des données délirantes de la schizophrénie en voie de constitution.

Parfois, l'évolution semble traînante et persiste une conviction vague qui semble se situer au niveau d'une adhésion au symptôme, répugnance à abandonner des satisfactions du personnage délirant en face de la réalité qui resurgit, porteuse du conflit maintenant à découvert qu'elle avait cherché à fuir.

Les critiques imparfaites parfois longtemps observées se réfèrent plus ainsi au peu de désir d'admettre le réel exactement pressenti qu'à une altération délirante du sens de la réalité. Dans toutes nos observations, le retour au réel s'accompagne d'une phase dépressive plus ou moins intense et qui ne s'apaisera que dans les valorisations possibles du personnage retrouvé, à peine réajusté, et dans les gratifications du milieu ambiant éprouvé dans sa stabilité.

Cette stabilité apparaît d'ailleurs essentielle pour l'évolution à moyen et long terme. Sinon, les mêmes causes risquent de produire les mêmes effets et s'instaure une véritable politique de la maladie dans la répétition des accès.

Dans les meilleurs cas, une cicatrisation caractérielle ou par constitution de mécanismes de défense plus névrotiques, assure l'unicité ou la rareté des crises.

L'étude de l'évolution nous confronte ainsi avec le diagnostic différentiel essentiel dans la possibilité de virage schizophrénique de l'accès, permettant "a posteriori" de le saisir comme forme de début à symptomatologie hystéroïde.

Certes, aucun symptôme pris isolément n'a de valeur distinctive mais l'étude dynamique et structurale de ces cas les situe hors du processus schizophrénique.

S. Follin résume ainsi cette différence structurale : "Le drame vécu du schizophrène est celui de son existence, de la catastrophe de se perdre, de ne relever que des objets morcelés et introjectés, au sein du repli autistique, où la négation même de Soi devient le seul moyen d'être, ou mieux, de perdurer. Le schizophrène n'a pas d'identité parce qu'il a totalement les identités de ses objets autistiques, ce qui fait justement de lui une personne à la fois morcelée et murée en elle-même. Nos malades (hystériques) existent et leur personne s'affirme, mais sans autre "identité" que celle du rôle fantasmatique où ils se constituent comme personnage de théâtre, fascinée par l'image construite en miroir de la scène délirante ..."

CONRAD, après RUEMPKE, souligne ces différences fondamentales dans une critique point par point du "cas Renée" qui ne serait pour lui qu'une hystérie grave.

Analysant son journal dont il souligne par ailleurs le caractère "a posteriori", il exprime quelques remarques pertinentes :

- Dans la description que fait Renée de ses états d'étrangeté précoce à l'école, il note le caractère centrifuge par rapport au Moi de l'irréalité vécue; éprouvé névrotique bien différent du constat presque passif du schizophrène devant le Monde remanié.
- Sur son vécu de terreur, qui marque l'entrée dans la psychose (cf : le bruit du vent et son message), il écrit : "c'est un récit romantique pubertaire mais non un récit de schizophrène. Ce dernier aurait entendu que le bruit dehors était non naturel, fabriqué pour lui faire peur,

le menacer. Il n'aurait remarqué que les modifications immédiates de son ambiance. Chez Renée, ce sont fantasmes de névrosée jeune. La fin du monde est élaborée. Elle est l'expression de sa peur névrotique du monde et non le vécu spécifique du schizophrène.

- Au Sanatorium, le récit est nettement hystérique : "Je faisais la folle" .. "abstraction faite de mes crises d'agitation, j'étais normale". A noter également son altruisme qui revêt ici la nette signification d'un rôle maternel. De retour à la maison, l'hystérie ne peut qu'être évoquée par ce type de comportement avec oscillations de phases normales et de période de vécu irréel (en fait surréel et non pas déréel), la parfaite adéquation affective, sa capacité d'"accommoder" presque à la demande son vécu de l'irréalité à l'exacte appréciation émotionnelle des faits. Le schizophrène n'a en aucune façon cette flexibilité.

- Son amie lui parait certes être devenue une étrangère. Mais "je faisais des efforts pour transpercer ce mur invisible qui nous séparait". Le schizophrène se serait contenté d'une assertion d'étrangeté.
Après échec de sa tentative de rapprochement, Renée exprime en de longues pages sa solitude et son isolement. Le vécu de solitude est typiquement névrotique, exprimant la problématique Moi/Autre que le schizophrène a lui résolu dans l'indifférenciation. Ce que corrobore la fréquence du "moi" et du "je" dans le récit de Renée, référence différente du "ON" schizophrénique.

- Renée se sent coupable et cherche un persécuteur. Lequel n'est autre qu'une machine électrique qui dans ses fantasmes charge tout le courant et qui produit une tension telle que tout pourrait sauter : "c'est le système qui m'a puni".

Cette machine n'a pas de relation avec son vécu immédiat. C'est une unité universelle qui comprend tous les hommes. Chacun est concerné par les autres en une structure dialectique des responsabilités.
Chez les schizophrènes, on ne retrouve pas une mythologie aussi cohérente. La terminologie schizophrénique des "appareils" n'est jamais adéquate. Il les utilise pour l'explication immédiate et quasi permanente de sa pensée, traduisant un vécu éprouvé comme fabriqué.

- La dramatisation de Renée est un dialogue-appel pour sa "Maman", ce qui réussit fréquemment et CONRAD discute ici un éventuel appoint iatrogène.
Le système de "donner des ordres", comme dans un jeu, un théâtre, la demi-conscience de soi se retrouve spécifiquement chez l'hystérique. Dans le vécu schizophrénique, ce sont les autres qui font du théâtre et qui en constituent l'anonyme coulisse.

  Chez Renée, les éléments de l'ambiance gardent leur indépendance et leur modulation. Ils ne sont en aucune façon cristallisés en un même signifiant dévitalisé comme chez le schizophrène (1).

- CONRAD termine en analysant la qualité du transfert, la constante accommodation du vécu sur le désir, en étudie l'évolution et conclue à l'hystérie grave naligne.

---

(1) CONRAD note en outre dans son analyse gestaltiste du cas Renée l'absence de "Trema" vrai et d'"Anastrophé" qui sont pour lui quasi-pathognomonique de schizophrénie. Sa conception apparait ici trop restrictive. Ces modifications du champ phénoménal apparaissent en fait dans beaucoup de processus psychotiques aigus quelqu'en soit la structure et nous les retrouvons fréquemment dans nos observations.
L'aménagement discordant de l'angoisse, s'il a lieu, n'en est que secondaire.

Nuance clinique fondamentale que FOLLIN synthétise ainsi à la fin de son étude : "Le schizophrène vit le drame de l'EXISTENCE de sa PERSONNE, le psychotique hystérique vit, lui, le drame de l'IDENTITE de son PERSONNAGE".

L'évolution à long terme des cas relevés confirme cette différence fondamentale.

Néanmoins, rien n'exclut à priori la possibilité devant une impuissance particulière à la constitution et surtout au maintien d'un personnage constitué valide, que le JE ne soit à la longue éprouvé par cette angoisse incolmatable ; l'intimité même de la personne ainsi mise en question posant le problème d'un virage possible ultérieur, momentané ou définitif dans la discordance (Obs. XI. XII).

LE TERRAIN HYSTERIQUE

- L'objet exact de ce travail n'est pas de décrire l'hystérique et les mouvements propres des notions de terrain, structure et personnalité hystérique. Elles représentent toujours un des chapitres les plus controversés de la Psychiatrie. Nous ne reprendrons pas non plus les notions maintenant classiques que Freud a apportées sur ce sujet. Un certain nombre de faits peuvent néanmoins être considérés comme acquis, et cette acquisition ne se fit que successivement. La formule classique :

"Ce n'est pas la personne qui porte le masque mais le masque qui porte la personne" résume les difficultés que la clinique rencontra pour aboutir à une conceptualisation satisfaisante. La mouvance, la variabilité de cette affection, l'angoisse qu'éprouve le médecin de s'y sentir directement concerné expliquent ces difficultés.

Les auteurs anciens ne distinguèrent que malaisément personnalité et symptômes qui s'y greffent, et de ces symptômes n'étudièrent en règle que les phénomènes de conversion somatique.

Néanmoins, lorsque les symptômes eux-mêmes épuisèrent en partie leur sujet, le fond sur lequel ils surviennent, retint davantage l'attention.

A la grande période des constitutions, le "caractère mythomaniaque" offrit un premier modèle d'explication. Dupré, Delmas, Logre, ramenèrent l'hystérie à la faculté mythoplastique ou psychoplastique de réaliser l'image. Mais de la pathologie de l'imagination à la maladie imaginaire, il n'y a, ainsi que le remarque Ey, que l'épaisseur d'une nuance qui ne contribue pas peu à déliter ce problème.

L'oeuvre de Janet en vint à une notion plus structurale. Elle aboutit à concevoir les modifications d'une "tension psychologique" et d'une "force physiologique" selon une graduation allant de l'automatisme psychologique à l'activité pleinement synthétique. Une baisse de niveau explique chez l'hystérique le rétrécissement du champ de la conscience qui avec la distractivité, la dissociation des fonctions, la suggestibilité, l'instabilité des affects, constitue les "stigmates" sur lesquels naissent les symptômes.

Les études cliniques et surtout psychanalytiques modernes dans le double désir d'approfondir et de spécifier ce problème devaient d'une part définir une personnalité asymptomatique dont la structure forme le lit d'attitudes plus ou moins équivalentes à des symptômes, d'autre part, faire de la conversion somatique un mode de régression aspécifique et relativement indépendant, bien que lié préférentiellement à la structure hystérique.

Chodoff et Lyons (1954) reprennent l'étude des traits de personnalité hystérique actuellement considérés comme admis, décrivent ainsi :

1 - L'égocentrisme, l'indulgence vis-à-vis de soi-même.

2 - La tendance à la dramatisation; les uns mettent l'accent sur l'histrionisme, le besoin de jouer un rôle, d'attirer l'attention; les autres sur la tendance à l'exagération, à l'exhibitionnisme, voire au mensonge.

3 - Le manque de contrôle émotionnel, labilité affective, inconsistance des réactions.

4 - Pauvreté et facticité des affects.

5 - Erotisation des rapports sociaux; attitudes de coquetterie, de provocation, de séduction, tendance à prêter une signification sexuelle à des situations qui en sont dépourvues.

6 - La frigidité, la peur de la sexualité.

7 - La suggestibilité, autrefois considérée comme facteur primordial, est maintenant remplacée par la dépendance affective et ses implications dans les relations interpersonnelles.

L'optique psychanalytique de ces notions est précisée par Fenichel :

"Le concept de caractère hystérique est moins équivoque. Si nous considérons le mécanisme de l'hystérie, nous devons nous attendre à ce que les traits manifestes correspondent à des conflits entre la peur intense de la sexualité et des pulsions sexuelles très fortes encore que refoulées ; et plus profondément encore, à des conflits entre le rejet de la réalité (introversion) et la tendance à retrouver les objets infantiles dans le milieu réel.
Dans la description du caractère hystérique, on insiste sur le fait que le malade a tendance à érotiser les rapports ordinaires, sur la suggestibilité, les accès émotifs irrationnels, la conduite chaotique, le cabotinage, un goût pour la dramatisation et même le mensonge allant jusqu'à la confabulation fantastique.
La suggestibilité traduit la tendance à retrouver des types de relations objectivales infantiles. Le cabotinage dépend de l'introversion hystérique; c'est une manière de se débarrasser de la réalité au profit des fantasmes; c'est aussi un effet pour maitriser l'angoisse en mimant activement ce qui pourrait être subi passivement. Mais le jeu de l'hystérique n'est pas seulement de l'introversion, il vise un public, il cherche à obliger les autres à participer à la rêverie probablement à la fois pour se rassurer contre l'angoisse et la culpabilité et à obtenir en même temps une gratification sexuelle par la participation de l'autre".

Le problème de la relation à l'Autre qui chez l'hystérique revêt une importance ainsi fondamentale a été explicité par Bouvet dans son étude sur la "relation d'objet hystérique".

"1 - Le sujet est étroitement dépendant de l'objet et la stabilité de l'organisation psychique de son Moi est fonction de la possession de l'objet significatif, ce qui fait cette relation indispensable et écrasante.

2 - Les relations à l'objet sont étroitement déterminées par les besoins du sujet. Celui-ci ne tient aucun compte des désirs de l'objet.

3 - Les activités instinctuelles même celles qui visent au rapprochement ont un caractère agressif et destructeur.

4 - Les affects et les émois sont externes sans nuances et labiles.

5 - La projection est continuelle et la relation doit être réglée à une distance très précise quel que soit le mode d'aménagement employé, car du fait des activités projectives, l'objet dont la possession est par ailleurs indispensable est ressenti comme extrêmement dangereux.

6 - Etant donné le manque de nuances des affects et des émois, le caractère purement fonctionnel des objets et l'automatisme de la projection, les relations sont stéréotypées ... et si un certain sens de la réalité paraît conservé, c'est envers des objets peu significatifs et au prix d'une renonciation presque complète du moi à toute satisfaction instinctuelle vraie à ce niveau".

Bouvet conclut à la nécessité pour l'hystérique de maintenir rigide ce réseau fragile de défense pour éviter l'affrontement avec la dépersonnalisation toujours menaçante.

Une telle relation d'objet nous envoie directement à la notion plus clinique de psychoinfantilisme et d'immaturité affective et citons Ajuriaguerra :

"C'est sous l'angle du développement individuel et relationnel que peut être compris le syndrome d'arriération affective. Il est vrai que ce dernier syndrome a une réalité clinique certaine mais elle se présente sous des formes expressionnelles polymorphes. Cette incomplétude qui touche des souvenirs ou désirs infantiles inassouvis se présente comme une insuffisance. La crise peut survenir comme réaction à un appel insatisfait, comme révolte à la non satisfaction de cet appel. Elle survient dans des situations conflictuelles comme une décharge libidinale déviée sous forme de réactions primitives".

Certes psychoinfantilisme (notion clinique) et hystérie (notion actuellement plus structurale) ne se recoupent pas nécessairement. Néanmoins LINDBERG, s'appuyant sur des travaux de SJOBRING, et analysant les facteurs de personnalité, trouve une corrélation de 68,4 entre psychoinfantilisme clinique et structure hystérique.

Dans une approche différente, S. Follin décrit : "Cette immaturation affective, terrain d'élection de toutes les bouffées délirantes, apparaît comme l'écart entre le moi structuré apparent et un moi structurant fasciné par cette image de soi dont il ne peut se détacher. Au fond, il s'agit de sujet qui, en raison même de leur ambition relative au rôle joué, ne peuvent prendre suffisamment de distance par rapport à leur propre image dans les conjonctures de la réalité. Leur personnage est mis en question dès qu'une difficulté intercurrente, des évènements en soi banals, ou leur accumulation, un épuisement physique, soit ébranlent cette image même, soit les privent des moyens de la maintenir".

Cette notion d'immaturation affective nous maintient en permanence aux confins de la psychose par son implication de fragilité dans l'équilibre relationnel entre le Moi et le monde.

Que soient en jeu l'inconsistance du personnage constitué ou selon une autre optique, la faiblesse du moi ou d'un déficit de ses fonctions synthétiques (Nunberg), les défenses névrotiques ou caractérielles (psychopathiques) ne peuvent s'ériger et le malade reste constamment affronté à l'angoisse psychotique et à ses solutions délirantes; angoisse que libère le moindre déplacement de son équilibre précaire.

Plus que tout autre, par sa problématique propre, la structure hystérique est une structure ouverte, non défendue, pré psychotique.

Les études psychanalytiques modernes, faisant suite aux travaux de Grunberger sur l'organisation orale chez l'hystérique, insistent sur ses achoppements très archaïques.

G. Rosalato écrit ainsi que "L'hystérique emprunte ses phantasmes à l'étage archaïque qui précède l'assomption de la découverte spéculaire de l'image (Lacan). Cet affrontement n'est abordé que dans le danger du retour à l'union effrayante et séduisante à la mère.

Le corps, pour l'hystérique, est menacé de morcellement. Tributaire par sa prématuration du monde ambiant et de la mère, tourmenté par les phantasmes de rétorsion agressive sur son propre corps (M. Klein), l'hystérique aspire à l'unité totalisante mais chargée de terreur, d'immobilisation léthale, d'abandon. Les rapports oraux s'y trouvent accentués.

L'hystérique poursuit et désire le drame, rejeté et cyclique d'atteindre une unité qui se désagrège. Et c'est dans cette relation vécue pathétiquement de la tentative à l'union, remise en question à chaque fois que se réalise la rupture.

Chaque fois que l'unité s'ébauche dans la fusion amoureuse ou l'échange amical, elle semble être en deça de ce que l'idéalisation hystérique entrevoit. Le moi idéal reste vivace et au détriment de l'idéal du moi non encore organisé (tel que l'évolution du stade du miroir par l'assomption de l'image spéculaire, l'apparition du tien-autre, la socialisation pourrait le concrétiser). Or, si l'autre a un rôle unificateur, c'est dans une promesse d'union mais aussi de discorde. Si la limite est protection pour l'obsédé, elle est source de peine pour l'hystérique qui s'exerce à la franchir ou à l'abolir, dans l'incomplétude de la partie pour le tout".

"L'identification hystérique est marquée par sa position dangereuse : possibilité d'abandon, multiplicités successives d'images et comme corollaire l'intensité de ses brèves identifications".

"Les identifications sont impératives mais labiles, multiples et liées à l'introjection partielle.

Il semble, pour reprendre la distinction entre moi idéal et idéal de moi que ces identifications concernent surtout le moi idéal qui fonctionne au conditionnel (c'est-à-dire comme si la toute puissance de l'autre et partant du sujet ne connaissait point de bornes).

L'idéal du moi reste en retrait, le père n'étant pas reconnu comme porteur du phallus.

Le moi idéal hystérique, par défaut d'identification, se trouve livré à sa perte et, comme le note Freud, le moi se sentant abandonné par toutes les puissances protectrices, se laisse mourir".

Et Rosoloto résume ainsi ce qui apparaît être les "noyaux psychotiques" de l'hystérie :

- le morcellement qui la guette jusque dans son organisation signifiante.
- le défaut de formation de l'idéal du moi.
- l'emprise de la métaphore qui soutient le passage à l'acte.
- l'appel au drame.
- la participation somatique perçue comme expérience d'étrangeté.

Notons enfin que l'hystérie soit une "névrose de métaphore" peut faire percevoir un rapprochement avec la théorie de Lacan sur la psychose où il est question de forclusion de la métaphore paternelle, du nom du père, dans une carence signifiante qui rend impossible la dialectique phallique.

Ainsi coincée entre l'arbre des déficiences propres de sa personne et l'écorce d'une image de soi idéalisée en surtension dans un monde réel phantasmatiquement menaçant, l'hystérique "non défendue" ne peut que s'aménager un champ relationnel étroit et dont la stabilité est impérative.

Tout conflit remettant en cause cet équilibre fragile ne pourra être vécu que comme catastrophe.

"C'est parce que le conflit, par son intensité même, révèle et met à jour les peurs primitives, peurs que le rapport objectal en lui-même et en tant que tel n'a jamais, au fond, cessé de comporter pour le sujet. Contre ces peurs, celui-ci s'est défendu par une mise à distance, une idéalisation extensive, voire même une exclusion de l'objet. Lorsque plus rien ne permet au sujet d'échapper au rapprochement objectal et

à la réalité de ses pulsions propres, lorsque se consomme l'échec des défenses pré psychotiques, l'angoisse psychotique surgit avec toute sa cataclysmique intensité" (Nacht et Racamier).

Le conflit ne peut ici se révéler que si s'effondre la façade du personnage constitué par lequel l'hystérique "s'aménage" et qui constitue l'axe de cet espace relationnel où elle se confronte avec la réalité.

C'est la fragilité même de cet axe, sa vulnérabilité et sa rupture qui constituent le domaine de causalité des moments psychotiques de l'hystérie.

L'hystérique maintient une image de soi fallacieusement survalorisée en profonde inadéquation avec la réalité intime de la personne.

Ce maintien est sa principale défense. Toute conjoncture, située dans sa trajectoire existentielle, par une agression objective ou projective, par une modification de la situation établie la remettant en question, voire par brusque déficience organique, rendra impossible le maintien du Masque protecteur, et l'entraînera à la seule échappatoire délirante, dans la fascination de personnages phantasmatiques sécurisants au sein de la désorganisation aiguë du champ de conscience; personnages qu'elle se joue et nous joue, maintenant ainsi le contact avec autrui dans la quête de son image perdue. La rassurance et le rétablissement d'un environnement stable la lui font d'ailleurs plus ou moins promptement retrouver, signant ainsi le caractère transitoire de ce moment certes "accidentel", mais constamment impliqué dans l'ordre de son Existence.

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-

- Dans le cadre des psychoses aiguës, parmi celles qui ne se poursuivent pas selon une évolution déficitaire, une part importante, sinon la majorité des cas, survient sur un terrain hystérique. Ces psychoses affectent certains caractères particuliers qui leur donnent une homogénéité incontestable.

- On ne retrouve ni éléments maniaques vrais, ni confusion réelle. Elles évoluent en règle après un déclenchement souvent brutal, selon un mode de destructuration atténuée, allant du simple "trema" à l'ambiance oniroïde. La dépersonnalisation n'est qu'implicite et un syndrome d'emprise léger se retrouve souvent, mais surtout l'altération de la réalité reste ambiguë.

Altération sélective maintenant, à travers le truchement hallucinatoire et interprétatif d'une thématique en règle mystico-sexuelle, le contact impérieux avec l'Autre, miroir où elle cherche la consistance de son reflet.

Altération imparfaite laissant l'angoisse toujours présente, bien qu'éclatée en un délire une référence oedipienne directe où tente de se retrouver le paradis perdu, déniant ainsi la perpétuelle actualité de son drame phallique.

- Cette psychotisation inachevée maintient la quête anxieuse d'un personnage phantasmatiquement comblé et ne peut résoudre l'insatisfaction fondamentale.

L'hystérique est alors renvoyée à elle-même dans l'itération des rôles psychotiques qu'elle joue, se joue et nous joue, cherchant dans le reflet de l'autre la certitude de son identité.

- Jamais, cette expérience n'est vécue comme catastrophe ébranlant les bases mêmes de sa personne, menaçant son existence en tant qu'Etre, telle qu'elle s'éprouve dans l'angoisse schizophrénique.

L'évolution vers la discordance n'a pas été observée, quel que soit le recul que nous ayons de nos cas (10 ans pour certaines).

- Ces psychoses avec leur tableau clinique particulier par leurs "vécus", leurs expressions et comportement, concernent surtout la remise en question de l'ordre du personnage constitué. L'échec du processus de personnalisation nous situe au niveau même de la problématique existentielle hystérique.

- L'hystérie apparaît loin d'être une névrose simple. Ses déficiences propres en font au contraire le point d'appel privilégié pour une décompensation psychotique.

Les psychanalystes en isolent de véritables noyaux psychotiques en particulier l'Oedipe dramatiquement insoluble, les identifications labiles et excessives dominées par le Moi-idéal tandis que l'Idéal-du-moi reste en retrait. Ces zones de vulnérabilité seront d'autant plus sensibles que les mécanismes de défense seront moins structurés.

Ces notions rejoignent la conception plus clinique d'immaturité affective dans l'écart entre un Moi structurant faible et un Moi structuré inadéquat ou surestimé; distance entre Personne et Personnage anxieusement ressentie.

- L'hystérique maintiendra ainsi péniblement une image acceptable de soi, aménageant dans un champ relationnel fragile et impératif cet écart où s'étage et s'érige le personnage qu'elle se veut, se croit, et nous donne.

- Le moindre déplacement interne ou externe de cet équilibre précaire, par la remise en question de Soi qu'il implique, ne peut être que catastrophique et fera surgir l'angoisse objectivante dans une désorganisation de conscience où se jouera le drame de l'hystérique à la recherche de son identification perdue.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur PICHOT

VU, le Doyen,

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1 - AJURIAGUERRA J. de -
Le problème de l'hystérie. Encéphale 1951, p. 50-87.

2 - BABINSKI -
Revue neurologique 1908.

3 - BALLET G. -
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de 1897.

4 - BERNHEIM -
L'hystérie 1915.

5 - BOISSEAU J. -
Hystérie et simulation.
AMP 1949. II. p. 249-286.

6 - BOUVET -
La relation d'objet. 1967. Payot édit.

7 - BRACHET -
Traité de l'hystérie 1847.

8 - BREUER-FREUD -
Etude sur l'hystérie 1895.

9 - BRIQUET -
Traité de l'hystérie 1859.

10 - CHODOFF-LYONS -
La personnalisation hystérique et les phénomènes de conversion hystérique.
Journal of American Psych. Fev. 58

11 - CLAUDE H. -
Définition et notion de l'hystérie.
Encéphale 1907 (II).
Etat schizomaniaque. AMP 1934 (I).
Rapport de l'hystérie et de la schizophrénie.
AMP 1937 (II).

12 - CONRAD K. -
Die beginnende schizophrenie 1958.
G. Thieme Verlag edit. Stuttgart.

13 - DELAY J., BUISSON J.F., SADOUN R. -
Aux frontières du délire. La rêverie morbide.
Encéphale 1955, p. 336.

14 - DIATKINE -
Le caractère névrotique.
Revue fr. de Psychanal. 1956 (XX), p. 153-236.

15 - DUPRE-LOGRE -
Les psychoses imaginatives aiguës.
AMP 1915 (II).

16 - EY H. -
Etudes psychiatriques 1950. Desclée de Brouwer
édit. Paris.

17 - FALRET -
Des maladies mentales 1864.

18 - FENICHEL -
Thème psychanalytique des névroses.
PUF, p. 633.

19 - FOLLIN -
Une psychose oniroïde de culpabilité.
Evol. psychiatrique 1947 (II).

Psychopathologie du processus schizophrénique.
Evol. psychiatrique 1958 (II).

Cas cliniques de psychoses hystériques.
Evol. psychiatrique 1961 (II).

Les états oniroïdes. Congrès de psych. et neurol.
de langue française. Nancy 1963.

20 - GRUNBERGER -
Conflit oral et hystérie. Revue fr. de psychanal.
1953 (XVII).
Considération sur oralité et relation d'objet orale.
Revue fr. de psychanal. 1959 (XXIII).

21 - HOLLENDER MH. HIRSCH -
Hysterical psychosis. American Journal of psychiatrie.
Mai 1964.

22 - JANET -
Etat mental des hystériques (II) 1911.

23 - JASPERS -
Psychopathologie générale.
Alcan Paris 1928.

24 - KATAN -
Rêves et psychoses.
Revue fr. de psychanal. 1961, p. 681.

25 - KLEIST -
Etats crépusculaires épisodiques.
Leipzig 1926.

26 - KRAFT-EBING -
Traité clinique de psychiatrie. 1897.

27 - LABOUCARIE -
Les schizophrénies aiguës. Rapport au 2ème Congrès mondial de Psychiatrie. 1957.

28 - LACAN -
Le stade du miroir.
Revue fr. de psychanal. 1949. (IV).

29 - LACASSIN -
Psychoses délirantes aiguës des jeunes et problèmes des schizophrénies aiguës.
Thèse Médecine - Toulouse 1959.

30 - LEBOVICI S. -
Hystérie et psychoses infantiles.
Revue de neuropsychiatrie 1959, p. 218.

31 - LEGRAND DU SAULLE -
Les hystériques 1883.

32 - LINBERG -
Psychoinfantilisme. Munksgaad édit. 1950
Copenhague.

33 - MAGNAN -
Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1895.

34 - MAIRET SALAGUER -
La folie hystérique. 1910.

35 - MAYER GROSS -
Psychiatrie clinique 1954.

36 - MINKOWSKI E. -
La schizophrénie 1927.

37 - MOREAU (de Tours) -
Traité pratique de la folie hystérique. 1869.

38 - MOREL A. -
Etudes cliniques 1852.

39 - NACHT-RACAMIER -
Théorie psychanalytique du délire. 20ème Congrès des psychanalystes de langue romane. Bruxelles 1958. Revue fr. de psychanal. 1959.

40 - NYSSEN -
Le problème de la constitution et du caractère hystérique.
Acta Neurol. Psychiatrica Belg. 1948.

41 - PARCHEMINEY -
Définition de l'hystérie.
Evol. Psych. 1950. III.

42 - PERSE, HENRIQUEZ -
L'hystérie à travers le test de Rorschach.
6ème Congrès intern. du Rorschach et des méthodes projectives. Paris 1965.

43 - PITRES -
Leçons cliniques sur l'hystérie. II, p. 293.

44 - REGIS -
Précis de psychiatrie. 1884.

45 - ROSOLATO -
L'hystérie - structure psychanalytique.
Evol. psych. 1962, p. 225.

46 - RUEFF-DUVAL -
Hystérie infantile. Thèse Paris 1962.

47 - RUMKE -

Rapport au Congrès International de Zurich. 1957.

48 - SCHULE -

Traité clinique des maladies mentales. 1888.

-:-:-:-:-